診療予約票（FAX）

年　　月　　日

日本鋼管福山病院

地域連携室　行

FAX　084－945－3699

TEL　084－945－3091

FAX受付時間：月～土曜日　8時45分～17時00分

●貴施設

ご施設名

住　所

医師氏名（診療科）

電 話 番 号　（　　）　　－

ＦＡＸ 番 号　（　　）　　－

●患者基本情報（必ずフリガナをご記入下さい）

フリガナ		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	明　・　大　・　昭　・　平　・　令 年　　月　　日（　　歳）
現住所	〒 ※電話番号（　　）　　－		
当院の受診歴	無　・　不詳　・　有　→（　カルテ番号　　－　　－　　分かれば記載願います　）		
※重複登録防止のため、当院の受診歴のある方で姓が変わられた方の旧姓を確認させていただいております。		旧姓　（　　）	
患者さんの状況	□　現在外来で返事を待っている　□　帰宅済み　□　入院中　□　その他（　　）		
今回の受診は　・・・　交通事故　・　労災　・　どちらでもない		当院受診時の状況　・・・　外来通院中　・　入院中（または入所中）	
来院時の状態　・・・　歩行可　・　車イス　・　ストレッチャー			

●受診診療科

□ 内科	□ 外科	□ 整形外科	□ 乳腺外科
□ 眼科	□ 泌尿器科	□ 皮膚科	□ 歯科

●希望医師名

（各科の詳細専門領域は診療案内をご覧下さい。）

医師　・　指定なし　・　専門外来（　　）

●受診希望日時

①	月	日（　）	午前・午後	時頃	②	月	日（　）	午前・午後	時頃
③	月	日（　）	午前・午後	時頃	④	月	日（　）	午前・午後	時頃

●紹介目的・依頼内容・症状などご記入下さい。

病名（疑い病名）：

紹介目的及び症状経過など（診療情報提供書の添付がある場合は記載は不要です）

ご紹介有り難うございました。
折り返し上記のFAXあてに「診察予約票」をお送りいたしますので、「診察予約票」を患者さんにお渡しください。
受付時間を過ぎての申込は翌日の連絡とさせていただきますので、ご了承願います。

日本鋼管福山病院　地域連携室　作成　2024.10.1