**福山市民病院 紹介患者事前申込用紙（FAX用）**

**資料１**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　月 　日

**※ 受付時間　8時30分から16時45分**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療支援センター地域医療連携課**  **ＦＡＸ　０８４-９４６-５２０９**  TEL　０８４-９４６-５１６７ | 紹介元医療機関  名称及び所在地 |  |
| 診療科 |  |
| 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

**紹介状原本は当日必ずお持ちください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望診療科・医師名 | 科 | 医師　・　希望なし |
| 第１希望日時 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　　曜日）　　　　　時　　　　　分頃 | |
| 第２希望日時 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　　曜日）　　　　　時　　　　　分頃 | |

＊予約状況によっては、ご希望に沿えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※緊急で当日の受診が必要な場合は、病院代表電話084-941-5151から各診療科の医師へ直接ご相談ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | 男 ・ 女 | | 生年月日  西暦　　　　　　　 　　　　　年　　　 月　　　 日  大正・昭和  平成・令和　　　　　　　　 　（　　　　　　）歳 | |
| 患者名  様  （旧姓　　　　　　　　　　）※重複登録防止のため確認しています。 | | | |
| 現住所 | | | | 電話番号  （自宅・携帯） | | | |
| 紹介目的　：　治療　・　精査　・　手術　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 傷病名・主訴： | | | | | | | |
| **紹介内容、症状経過（告知の有無等）をなるべく詳細にご記入ください。** | | | | | | | |
| **※ 該当する場合**  **チェックしてください** | **□**聴覚障がい者 | 遠隔手話通訳の利用 **（希望・不要）**  **□**通訳者が同伴予定 | | | | | **□**外国人  （言語　　　　　　　　　　　　 ） |
| 施行済の検査について、**持参可能なものに✔を**お願いします。  □血液検査　□内視鏡　□病理組織診断　□その他（　　　　　 　）  画像データ　 □ＣＴ ・ □ＭＲＩ ・ □その他（　　　　　　　　　　　 　） | | | | | **ビグアナイド系 「メトグルコ等」の内服**（ 有 ・ 無 ） | | |
| **透析シャント**（ 右 ・ 左 ） | | |
| **当院の受診歴**　（有・不詳・無） | | | **ＡＤＬ・移動**（ 独歩・車椅子・リクライニング車椅子・ストレッチャー ） | | | | |

★患者さんの診察準備及びカルテ作成に必要となるため、**太線の枠内は全てご記入をお願いします**。

|  |
| --- |
| 開放病床登録医の方へ・・・紹介患者さんが入院の場合、開放病床への入院を（　希望する　・　希望しない　）  ＊開放病床への入院を希望される場合は、この用紙を「開放病床利用届出書」に代用させていただきます。 |
| □　広島県医師会の「ＨＭネット」に参加しており、当院の「情報開示カード発行」を希望する。  □　広島県医師会の「ＨＭカード」を既に持っており、当院の情報開示ラベルの印刷のみを希望する。 |