公立大学法人　福島県立医科大学附属病院　　（令和3年10月1日現在）

外来専用　事前診察申込書　FAX 024-547-1075

≪申込み受付時間≫　月～金 9:00～19:00　土 9:00～12:00　※診療情報提供書も一緒にお送りください　　電話番号（直通）024-547-1074

【予約受付時間外のお申込みにつきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。】

※診察は患者さんご本人しか行いません。ご本人の同意があってもご家族の方だけで受診することはできません。この申込書は地域連携用です。患者さんからの直接の申込はお受けしておりません。

予約情報

（どちらかに○を付けて日にちをご記入ください）

（　）受診希望日 （　）ご都合の悪い日		（　　）希望日なし
■紹介患者さんの疾病名		
■紹介目的・患者さんの状況		DPC入院中881 該当は○印
■受診希望の「分野」 ※受診希望がある場合はご記入ください。	■受診希望「担当医師」 ※都合によりご希望に添えない場合があります。 【担当医師との調整：済 ・ 未】	

↓ 受診希望科に○印

	1	循環器内科
	2	血液内科
	3	消化器内科
	4	リウマチ・膠原病内科
	5	腎臓・高血圧内科
	6	糖尿病・内分泌代謝内科
	7	呼吸器内科
	8	漢方内科
	9	総合内科
	10	脳疾患センター（脳神経内科）
		脳疾患センター（脳神経外科）
	11	呼吸器外科
	12	消化管外科
	13	肝胆膵・移植外科
	14	乳腺外科
	15	小児外科
	16	甲状腺・内分泌診療センター（内科）
		甲状腺・内分泌診療センター（外科）
	17	心臓血管外科
	18	整形外科
	19	形成外科
	20	産科、婦人科
	21	小児科
	22	小児腫瘍内科
		小児・AYAがん
	23	眼科
	24	皮膚科
	25	泌尿器科・副腎内分泌外科
	26	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
	27	心身医療科
	28	放射線科
	29	放射線治療科
	30	（核医学診療室）
		核医学科
	31	麻酔・疼痛緩和科
	32	歯科口腔外科
		遺伝診療部

受診者情報

医大受診歴	有 ・ 無	医大患者ID	
フリガナ			性 別
氏名	（旧姓　　）		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　歳		
住　所	〒　　－		
電話番号			

紹介元医療機関情報

名称及び住所	
電話番号	
FAX番号	
医師名（出来るだけフルネームでのご記入をお願いいたします）	科　　先生

予約日程を調整のうえ速やかに①診療予約回答書と②診療申込書をFAXで返信いたします。①②は患者さんにお渡し願います。医師指定の場合などは、回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。

（注1）核医学検査の予約を希望される場合は、指定書式の「検査依頼書」及び「同意書」も併せて送信してください。（指定様式が不明の際はご連絡ください。FAXにてお送りいたします。）
（注2）核医学検査の「心筋シンチ」は地域連携による予約はできませんので、まず循環器内科へご紹介ください。
（注3）PET検査のご予約については、PET検査室（024－547－1383）へご連絡ください。

この事前診察申込書に記載された患者さんの個人情報は、福島県立医科大学附属病院における患者登録及び診療予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意をいただいた上でお申し込みください。

〒960－1295 福島市光が丘1番地 公立大学法人福島県立医科大学附属病院 患者サポートセンター 外来予約担当 電話 024-547-1074