

藤田医科大学 岡崎医療センターファクシミリ診療申込書 FAX 0564-64-8194

(岡崎医療センター記載欄       / ( ) : 科 先生 )

■患者さんの情報をご記入ください。 申込日: 月 日

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	
郵便番号	岡崎医療センター診察券番号 ( ) <input type="checkbox"/> 不明					
住所						
電話番号	携帯					
※必ず日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。						
母国語	( ) 語	※日本語が話せない方のみご記載ください。				

■紹介元医療機関様

医療機関名
所在地
担当医名
電話番号
FAX番号

■ご希望の診療科に✓を入れてください。

◆内科系	◆外科系
<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 外科
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科
<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝・糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 麻酔科・ペインクリニック
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 婦人科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科
	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> 形成外科

指定医師  有 ( 医師 )  無

受診希望日  至急  いつでもよい

希望日あり

1. 20\_\_年\_\_月\_\_日 ( ) 4. 20\_\_年\_\_月\_\_日 ( )

2. 20\_\_年\_\_月\_\_日 ( ) 5. 20\_\_年\_\_月\_\_日 ( )

3. 20\_\_年\_\_月\_\_日 ( )

※上記のご希望日にそえない場合の日程調整は、岡崎医療センターが

患者さんで行う  医療機関で行う (いずれかに✓をお願いします。)

CD-R・フィルム・病理標本 有 (  患者持参 ・  集配 ・  郵送 ) ・  なし

検査結果・その他 有 (  患者持参 ・  集配 ・  郵送 ・  FAX ) ・  なし

貴院に  入院中  通院中 ※入院中での受診になる際には、入院患者連絡票を添付してください。

紹介目的と主訴を簡単にご記載ください。(紹介状は予約日の2営業日前までにFAX送信ください。)

●お問い合わせ 藤田医科大学 岡崎医療センター 医療連携室

予約受付時間 平日 8:45 ~ 19:00 / 土曜 8:45 ~ 12:00

電話番号 0564-64-8200 FAX 0564-64-8194(24時間受付)

予約受付時間外のFAX申込の場合、当院からの回答は翌診療日にいたしますのでご了承ください。