

ファクシミリ診療申込書・診療情報提供書 年 月 日  
 TEL 0564-64-8200 / FAX 0564-64-8194

藤田医科大学岡崎医療センター  
 【岡崎医療センター記載欄】

※太枠内をご記入ください。

患者番号	
予約日・時間	
診療科	
担当医名	

紹介元医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号

フリガナ		性別	明治	大正	昭和	平成	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 ( )				・	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。

\*希望される診療科に印を付けてください。

内科系										外科系											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
総合診療科	呼吸器内科	血液・腫瘍内科	リウマチ・膠原病内科	腎臓内科	内分泌・代謝・糖尿病内科	循環器内科	消化器内科	脳神経内科	小児科	整形外科	脳神経外科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	耳鼻いんこう科	眼科	麻酔科・ペインクリニック	形成外科
指定医師	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 医師 <input type="checkbox"/> 無									貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 ※入院中での受診になる際は、入院患者連絡票を添付してください。											
受診希望日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望日あり ① 月 日 ② 月 日 ※上記のご希望日に添えない場合の日程調整は岡崎医療センターが <input type="checkbox"/> 患者さんを行う <input type="checkbox"/> 医療機関を行う																				
病名 (主訴)																					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )																				
既往歴家族歴	薬物アレルギー ( )																				
症状経過治療経過検査結果処方内容	※別紙添付可 (紹介状は予約日の2営業日前までにFAX送信ください。)																				
CD-R・フィルム・病理標本	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ) ・ <input type="checkbox"/> なし																				
検査結果・その他	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> FAX ) ・ <input type="checkbox"/> なし																				
備考																					

※必要がある場合は画像、検査の記録を添付してください。