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 **※太枠内をご記入ください。**

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

【岡崎医療センター記載欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号 |  |
| 予約日・時間 |  |
| 診療科 |  |
| 担当医名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性 別 | | 明治 大正 昭和 平成 令和 | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | □男 □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 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | □ 有（ 医師） □ 無 | | | | | | | | | | 貴院に □入院中 □ 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 | | | □至急 □いつでも良い □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 □患者さんと行う □医療機関と行う | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名  （主訴） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 | | | □外来診療 □入院診療 □検査 □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　　（□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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。