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	□ 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。										
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

□総合診療科　□ 内分泌内科
□呼吸器内科　□ 循環器内科
□血液・腫瘍内科　□ 消化器内科
□リウマチ・膠原病内科　□ 脳神経内科
□腎臓内科　□ 小児科

◆外科系

□整形外科　□ 乳腺外科
□脳神経外科　□ 皮膚科
□消化器外科　□ 泌尿器科
□呼吸器外科　□ 婦人科
□心臓血管外科　□ 耳鼻いんこう科

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（　）
2. 20＿＿年＿＿月＿＿日（　）
3. 20＿＿年＿＿月＿＿日（　）
4. 20＿＿年＿＿月＿＿日（　）
5. 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

□ 患者さんと行う　□医療機関と行う　（いずれかに✔をお願いします。）

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。（紹介状は出来上がり次第、FAXにて送信ください。）

●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。