

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"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 婦人科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科
<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝・糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 麻酔科・ペインクリニック
<input type="checkbox"/> 消化器内科	
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	
<input type="checkbox"/> 小児科	

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。)

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。