

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。

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