

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

岡崎医療センターから詳細な診療状況を示す文書の提供を希望します。

→ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

指定医師	<input type="checkbox"/> 有 (医師)	<input type="checkbox"/> 無
------	---	----------------------------

受診希望日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> いつでもよい	
	<input type="checkbox"/> 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 (<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
----------	--

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。