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 | ◆外科系整形外科脳神経外科外科呼吸器外科心臓血管外科麻酔科・ペインクリニック | 皮膚科泌尿器科婦人科耳鼻いんこう科眼科形成外科 |
| 　　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　　　　　　　　　　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　　　　　患者さんと行う　　　　　　 医療機関と行う　　（いずれかに✔をお願いいたします。） |
| 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。） |

●お問い合わせ先　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

TEL：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。