ファクシミリ診療申込書・診療情報提供書 年 月 日

TEL 0564-64-8200 / FAX 0564-64-8194

藤田医科大学岡崎医療センター ※太枠内をご記入ください。

紹介元医療機関名

所在地診療科

 担当医名 印

【岡崎医療センター記載欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号 |  |
| 予約日・時間 |  |
| 診療科 |  |
| 担当医名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。 |

\*希望される診療科に印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 内科系 | 外科系 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・代謝内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 脳神経内科 | 小児科 | 整形外科 | 脳神経外科 | 消化器外科 | 呼吸器外科 | 心臓血管外科 | 乳腺外科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 婦人科 | 耳鼻いんこう科 |
| 指定医師 □ 有（ 医師） □ 無 | 貴院に □ 入院中 □ 通院中※入院中での受診になる際は、入院患者連絡票を添付してください。 |
| 受診希望日 | □ 至急 □ いつでも良い □ 希望日あり ① 月 日 ② 月 日※上記のご希望日に添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 |
| 病名（主訴） |  |
| 紹介目的 | □ 外来診療 □ 入院診療 □検査 □ その他( ) |
| 既往歴家族歴 |  |
| 薬物アレルギー（ ） |
| 症状経過治療経過検査結果処方内容 | ※別紙添付可 |
| 備考 |  |

※ 必要がある場合は画像、検査の記録を添付してください。