

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。

【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	

紹介元医療機関名	
所在地	
診療科	
担当医名	印

フリガナ		性 別	明治	大正	昭和	平成	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 ( )				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									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 患者さんで行う 医療機関で行う

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。