

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。

【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 電話番号

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										
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	整形外科	脳神経外科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	耳鼻いんこう科	眼科	麻酔科・ペインクリニック
指定医師	<input type="checkbox"/> 有() 医師) <input type="checkbox"/> 無									貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 患者さんで行う <input type="checkbox"/> 医療機関で行う																			
病名(主訴)																				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 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。