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

電話番号

FAX番号

担当医

【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 |  |

印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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・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 | 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 | 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　（紹介状は予約日の２営業日前までにFAX送信ください。） |
| 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 |
| 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。