

ファクシミリ診療申込書・診療情報提供書  
TEL 0564-64-8200 / FAX 0564-64-8194

年 月 日

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
FAX番号
担当医
印

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合診療科	呼吸器内科	血液内科	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	小児外科

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	<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"/> 本日 <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が <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		
確認事項 (算定状況)	<input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く) <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 (C002) <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料 (C002-2) <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 (C003)	
症状経過 治療経過 検査結果 処方内容	<input type="checkbox"/> 続紙ありの場合、チェック願います。	
CD-R・フィルム・病理標本	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ) ・ なし	
検査結果・その他	有 ( <input type="checkbox"/> 患者持参 ・ <input type="checkbox"/> 集配 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 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。

ファクシミリ診療申込書・診療情報提供書  
TEL 0564-64-8200 / FAX 0564-64-8194

年 月 日

藤田医科大学岡崎医療センター

【続紙】

氏名		診察券 番号	
症状経過/治療経過/検査結果/処方内容②			