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

FAX番号

担当医　　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	緩和ケア内科	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	□ 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	□ 本日　□ 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（　　）	
確認事項（算定状況）	□ 在宅療養指導管理料（C101　在宅自己注射指導管理料を除く） □ 在宅時医学総合管理料（C002）　□ 施設入居時等医学総合管理料（C002-2） □ 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	□ **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（□ 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。

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　　【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			