

藤田医科大学病院ファクシミリ診療申込書 FAX 0562-93-3666

(大学病院記載欄 / () : 科 先生)

■患者さんの情報をご記入ください。 申込日: 月 日

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	(旧姓)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年	月	日
郵便番号	大学病院診察券番号 ()		<input type="checkbox"/> 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。

貴院に 入院中 通院中 ※入院中での受診になる際には、入院患者連絡票を添付してください。

通訳手配 (語) ※診察時に通訳をご希望する方のみご記入ください。

■紹介元医療機関 様

医療機関名
所在地
担当医名
電話番号
FAX番号

■ご希望の診療科に✓を入れてください。

<p>◆内科系</p> <p><input type="checkbox"/> 救急総合内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝・糖尿病内科</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器内科・アレルギー科 <input type="checkbox"/> 精神科</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器内科(消化管) <input type="checkbox"/> 小児科</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器内科(肝胆膵) <input type="checkbox"/> 皮膚科</p> <p><input type="checkbox"/> 血液内科・化学療法科 <input type="checkbox"/> 臨床腫瘍科</p> <p><input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科 <input type="checkbox"/> 認知症・高齢診療科</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓内科</p>	<p>◆外科系</p> <p><input type="checkbox"/> 総合消化器外科(消化管) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科</p> <p><input type="checkbox"/> 総合消化器外科(肝胆膵) <input type="checkbox"/> 脳卒中科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</p> <p><input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 眼科</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 脊椎外科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 緩和医療科</p> <p><input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 放射線科</p> <p><input type="checkbox"/> 臓器移植科</p>
--	--

指定医師 有 (医師) 無

予約票は必ず貴院へFAXいたします。貴院より患者さんに予約票をお渡ししご案内ください。

受診希望日	<input type="checkbox"/> いつでもよい
	<input type="checkbox"/> この日以外を希望 (/ / /)
	<input type="checkbox"/> 希望日 1. 20__年__月__日 () 4. 20__年__月__日 () 2. 20__年__月__日 () 5. 20__年__月__日 () 3. 20__年__月__日 ()
	ご希望日にそぐわない場合 (いずれかに✓をお願いします。) <input type="checkbox"/> 当院と患者さんとの調整 <input type="checkbox"/> 当院と貴院との調整

紹介目的と主訴を簡単にご記載ください。(紹介状は出来上がり次第、FAXにて送信ください。)

●お問い合わせ 藤田医科大学病院 地域連携室
 予約受付時間 平日 8:45 ~ 19:00 / 土曜 8:45 ~ 12:00
 電話番号 0562-93-2995 FAX 0562-93-3666(24時間受付)
 予約受付時間外のFAX申込の場合、当院からの回答は翌診療日にいたしますのでご了承ください。