

**診療予約用**

**藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 ファクシミリ診療予約申込書**

■ 紹介元医療機関 様 平成 年 月 日

所在地			
医療機関名			
科名	科	<TEL	- - >
医師名	先生	<FAX	- - >

■ ご希望の診療科に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
<input type="checkbox"/> 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> 外科・小児外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 産・婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 総合アレルギー科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	
<input type="checkbox"/> 指定医師なし		<input type="checkbox"/> 指定医師あり ( 医師)	
<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 予約希望日	第1希望日	平成 年 月 日 ( )
		第2希望日	平成 年 月 日 ( )
		第3希望日	平成 年 月 日 ( )
紹介主訴			

■ 患者さんの情報をご記入ください。

フリガナ	姓	名	男・女	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名				年 月 日 生まれ
郵便番号				当院 ID: ( )
現住所				
電話番号	自宅 ( )	-	携帯 ( )	-
保険種別等(該当箇所✓を入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費				
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中				

**※診療情報提供書は予約日の2営業日までにFAX送信ください。**

※予約受付後、「紹介患者診療予約票」をFAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院(ばんたね病院) 地域医療連携センター

TEL : 052 - 323 - 5918 ・ 5927

FAX : 052 - 323 - 5726

予約受付時間 : 平日・・・8:45～19:00 土曜日・・・8:45～12:30