

診療予約用

藤田医科大学 ばんたね病院 ファクシミリ診療予約申込書

■ 紹介元医療機関様

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 | |

指定医師なし 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	年	月	日()
		第2希望日	年	月	日()
		第3希望日	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(該当箇所に✓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。

藤田医科大学 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

2018.10.10~