

受診予約の流れ

1. 「地域医療連携室」のページから『受診依頼票』をダウンロードしてください。



2. 『受診依頼票』をご記入いただき、FAXにて病診連携室へ送信してください。

予約FAX受付時間：午前8時30分～午後5時

岡崎市民病院外来担当医一覧表をクリックしますと
「岡崎市民病院 新患外来担当医一覧表」がご覧いただけます。



3. 『受診依頼票』が病診連携室に届きましたら、予約を取り次第「岡崎市民病院を受診される皆様へ（予約票）」をFAXでお送りします。



4. 「岡崎市民病院を受診される皆様へ（予約票）」を患者様にお渡しください。



5. 当日、患者様は「岡崎市民病院を受診される皆様へ（予約票）」・保険証・診察券（持っている方）をご持参ください。
中央受付の紹介患者受付で受付をしてください。

※時間予約されていても待ち時間がある場合があります。



6. 当院の医師より診療情報提供書が出た場合はその都度FAXまたは郵送にてお送りいたします。

★★★ 病診連携室の業務時間 ★★★

（平日）午前8時30分～午後5時（土・日・祝日・年末年始は休み）

電話……………業務時間外は留守番電話になります。

FAX……………24時間稼働（但し、年末年始の休みは稼働していません。）

※緊急受診時や不明な点がある場合は下記までご連絡ください。

岡崎市民病院 病診連携室 TEL (0564) 66-7262
FAX (0564) 25-6720

★★★ 受診依頼票の記入方法 ★★★

診察医指定ある場合のみ
記入してください。

受 診 依 頼 票

年 月 日

愛知県がんセンター愛知病院
 岡崎市民病院
 ()

科 () 先生 ()

↑診察医の「希望」が必ず記入して下さい

★ 診療時間予約なし

年 月 日
 本日受診
 受診日未定

★ 診療時間予約あり

早い日を希望
 希望日あり (第3希望までご記入ください)

第1希望	年	月	日	曜日
第2希望	年	月	日	曜日
第3希望	年	月	日	曜日

医療機関名

医師名

TEL・FAX

いずれかに必ずチェック
してください。

第3希望まで必ず記
入してください。

医院名・医師名は、忘れずに記入
または、しっかり押印ください。

＜注意＞

太枠内に

- ・記入もれや不明瞭な部分があるとき
- ・フリガナや生年月日に誤りがあるとき

このような場合、先生方や患者様に再度確認後、カルテ登録するため、時間がかかりご迷惑をおかけすることがありますので、ご協力よろしくお願いいたします。

フリガナ	救急車の使用： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 月 日	保険者番号 記号・番号
住 所	受給者番号 公費負担者番号
T E L	有効期限 年 月 日
受診者のID番号が分かれば記入してください。	保 険 別
ID	公 費 負 担 別
被保険者名	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 交 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 保
主訴又は診断:	
経過及び依頼目的: <input type="checkbox"/> 検査のみの依頼 (CT・MRI・RI・エコー)	
フ ィ ル ム	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配) ・ <input type="checkbox"/> 無
検 査 結 果 ・ そ の 他	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 患者持参・ <input type="checkbox"/> 集配・ <input type="checkbox"/> FAX) ・ <input type="checkbox"/> 無
算 定 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅時医学管理料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅末期医療総合診療料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料
愛知県がんセンター愛知病院地域医療支援室 (FAX 0564-25-6740 TEL 0564-) 岡崎市民病院病診連携室 (FAX 0564-25-6720 TEL 0564-)	

必ず記入してください。

『受診依頼票』は、ボールペンで、できるだけ濃く、ていねいに(楷書で)記入し、FAX送信してください。

その際、もう一度記入もれ、誤りがないか必ず確認してください。

- ・ 『受診依頼票』はカルテを事前に登録する為に必要です。
- ・ 受診当日、患者様は、受付にて診療申込書の記入が省けます。