

藤田医科大学ばんだね病院

<FAX予約のご案内>

- 平日 8:45-19:00、土曜日 8:45-12:30までにFAX頂ければ、15分以内に予約票をFAXにて送信させていただきます。
- お電話にて空き状況を照会していただき、予約の仮押さえすることも可能です

「三叉神経痛外来」をご希望の場合

脳神経外科 小松 文成 医師をご指名ください

※小松医師の診察日：月・水の午前中

FAX 052-323-5726

診療予約用
藤田医科大学 ばんだね病院 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"/> 脳神経内科	<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 checked="" 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 (小松 文成 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・令和
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"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自費	

※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 ばんだね病院 医療連携室 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

ばんだね病院 予約申込書 (2021.9~)

小松 文成 医師をご記載ください

当院ID以外は記入をお願いします

※ご希望の日にちがあれば記載ください
※御希望なければ、最短の日時をご案内します

診療情報提供書は予約申込書と一緒に、もしくは、受診日の2日前までにFAXいただき、当日は患者様に原本をお持ちいただくようお願いいたします。

地域医療連携センター

平日 8:45 - 19:00、土曜日 8:45 - 12:30

TEL : 052-323-5918/5927 FAX : 052-323-5726

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"/> 脳神経内科	<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	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・令和
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下さい。

藤田医科大学 ばんたね病院 医療連携室	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

藤田医科大学ばんたね病院

<インターネット予約システムのご案内>

- WEB上で診療予約・検査の空き状況の確認と予約手続きが可能
- 24時間対応
- ホテル予約タイプの予約システム
- 営業時間内にFAXにてお申込みいただければ、すぐに接続いたします

1) ばんたね病院ホームページからアクセス



「医療機関の方へ」をクリック



「インターネット予約システム」をクリック

「病院ID」「パスワード」を入力

2) 空き状況の確認/予約手続き

2. 予約状況カレンダーの数字は空き枠数です。数字をクリックし日時を選択してください。

脳神経外科

2022年4月

▼ 専門分野：脳動脈瘤・脳神経外科一般

医師名	役職	金	土	日	月	火	水	木
加藤 庸子	教授	1		4/10	2		2	2
山田 康博	准教授					1		
小松 文成	准教授		4/9	4/10	3		3	

希望日時・担当医師 希望日時・担当医師を選択してください。

「三叉神経痛外来」をご希望の場合

脳神経外科 小松 文成 医師をご選択ください

3) 予約票をダウンロードし患者さんにお渡しください

診療情報提供書はご予約時にWEB上で記載していただくか、受診2日前までにFAXいただき、当日は患者様に原本をお持ちいただくようお願いいたします。

地域医療連携センター

平日 8:45 - 19:00、土曜日 8:45 - 12:30

TEL : 052-323-5918/5927 FAX : 052-323-5726

藤田医科大学ばんだね病院

FAX 番号 052-323-5726

インターネット予約システム利用 申込書

- 登録手続き完了のご案内はお電話にてお知らせ致します。
- 営業時間内に FAX いただければ、即日対応いたします。
平日 8:45 - 19:00、土曜日 8:45 - 12:30

●病院/クリニック名

●代表の先生のお名前

●ご住所

●電話番号

●FAX 番号

●メールアドレス

●任意の ID とパスワード

ID :

パスワード :

※ID とパスワードの注意点

- ・ 5 ケタ以上 16 ケタ未満
- ・ ID とパスワードは同一でも可
- ・ 数字や英字を混ぜる等の規定なし (すべて小文字・すべて大文字・すべて数字等、可)

<問合わせ先>

藤田医科大学ばんだね病院 地域医療連携センター
〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋 3-6-10
TEL : (052) 323-5918・5927
FAX : (052) 323-5726