

# 岡山大学病院 FAX診療申込書

## FAX番号 086-235-6761

患者様のプライバシー保護のためおかけ間違いのないようお願いいたします。  
※印の項目・希望医師名は必ず御記入をお願いします。

岡山大学病院 受診希望科 希望医師名 科 医師 希望来院日 年 月 日 曜日 時 分 当院 受診歴 (有・無・不明)	貴施設 〒 - 住所 ※ 病・医院 科 医師名 _____ 先生 印 ※TEL: ※FAX:
--	---

※患者氏名 カタカナ 漢字 ※性別 男・女	※生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
--------------------------------	--------------------------------

※主訴又は傷病名 (※担当科が不詳の場合にも必ず御記入ください。*希望科・医師への依頼事項を御記入ください)
--

### 医療関係者各位

- 1 本院のFAX診療申込書の様式を送付致します。
- 2 このFAX診療申込書により受付ます。
- 3 診察日に関しましては当院の外来診療医日割表を御参照ください。
- 4 受付日(月～金曜日)の16時までに本申込書を送信いただければ、すみやかにFAXで『外来予約票』を返信いたします。16時以降の送信の場合『外来予約票』を翌日(翌日が土・日・祝日等を除く)の10時までに返信致します。
- 5 患者様のプライバシー保護にご配慮ください。
- 6 本様式がなくなりましたら地域医療連携室までお申し出ください。直ちに送付致します。
- 7 なお、本様式は本院のホームページからダウンロードすることができます。

(URL <http://www.okayama-u.ac.jp/user/hos/syukai.html>)

### 問い合わせ先

岡山大学病院

地域医療連携室 直通 086-235-7205

(紹介医→地域医療連携室)