



# FAX診療予約申込書 岡山大学病院【医科】

\*セカンドオピニオンの場合、申込み方法が異なります。当院のホームページをご確認ください。\*

1. 太枠内は必須項目です。
2. 救急患者については、この申込書を使用せず、直接該当診療科へお問い合わせください。
3. このFAX診療予約申込書により受付けます。（電話での申込みは受付していません。）
4. 予約取得の際は、「初診予約診療科情報一覧（医科）」および「外来診療医日割表（医科）」をご確認ください。
5. 受付日（月～金）の16時までに本申込書を送信いただければ、当日中に『外来予約票』をお送りいたします。  
予約受付時間外（平日16時以降・土曜・日曜・祝日含む）のお申込みは、翌診療日の対応となります。

岡山大学病院		貴施設[送信元]	申込日：平成	年	月	日
受診希望科	希望医師名	ご施設名	病院・医院			
科	医師	科				
受診希望日	医師氏名		先生			
平成 年 月 日 ( )	〒		住所			
治療緊急性： <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	TEL :					
	FAX :		(連絡担当者： )			

## 【患者情報】

患者氏名 (旧姓： )	性別	生年	明治・大正	年	月	日
フリガナ	男・女	月日	昭和・平成			
漢字	電話番号(携帯等)					
岡山大学病院 ID	岡山大学病院 受診歴	有 ・ 無				

## 【診療情報提供書添付 有 ・ 無】

- ※ 診療情報提供書を、可能な限り添付してFAX送信してください。（原本は、受診日に持参ください。）
- ※ 同時送信をしない場合、必ず下記の〈紹介目的・傷病名・病状詳記〉を記載し、翌日中には必ず診療情報提供書をFAX送信してください。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 ・ 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 先生同士お話し済 (日時まで決定済 ・ 診察了承のみ)
------	---

※診療情報提供書の添付がある場合は以下の記載は不要です。

傷病名	
病状詳記	

《問合せ先》岡山大学病院 初診予約担当 (TEL) 086-235-7205  
 (送信先FAX番号) 086-235-6761