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下さい。＊

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おりません。）**
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 科　　医師	ご施設名　　病院・医院 科
受診希望 **平成　　年　　月　　日　頃**	**医師氏名**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**先生** 〒　　－ **住所**
受診希望曜日（　月　・　火　・　水　・　木　・　金　）	TEL　：
治療緊急性　：　□ 不要　　・　□ 要	FAX　：
※症状が急を要す場合は、直接診療科へ連絡してください。	（連絡担当者：　　）

【患者情報】

患 者 氏 名　（旧姓：　　） ※カルテの二重登録防止のためご記入下さい。		性別	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年　　月　　日
フリガナ		男・女			
漢　字					
電話番号（携帯等）	※当院より連絡する場合があります。	岡山大学病院　受診歴			有　・　無　・　不明 IDがわかればご記入ください。 ID　：

【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	□　検査・診断　　□　治療　・　手術　□　その他　（　　） ※ 先生同士お話済　（ 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

ver. 20171101