

# 【OCKD-NET 専用】

(様式一外1)

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

※患者氏名	※生年月日				
カタカナ	<input type="text"/>	明・大・昭・平	年	月	日
漢字	<input type="text"/>			(	歳)
※性別	男・女				

※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)