

岡山大学病院 FAX診療申込書(NIPT検査)

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。

診療(医科)

※ 印の項目は、必ずご記入ください。

岡山大学病院

臨床遺伝子診療科

※ 希望来院日 (有・無)

有の場合: R 年 月 日 ()

岡山大学病院 受診歴 (有・無)

貴施設

※ご施設名

病院・医院

科

医師名 _____ 先生

〒 _____

住所

※ TEL :

※ FAX :

※ 患者氏名

カタカナ

漢字

※ 岡山大学病院 ID 《 _____ 》

※ 性別 (男・女)

※ 生年月日

明・大・昭・平・令

年 月 日 (歳)

※ TEL :

携帯 :

※ 主訴又は傷病名 (依頼事項をご記入下さい。)

遺伝カウンセリング

医療関係者各位

- このFAX診療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)
- 診察日に関しましては当院の外来診療医日割表をご参照ください。
- 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。
16時以降の場合は翌日(翌日が土・日・祝日等を除く)の正午までに返信させていただきます。
- 本様式がなくなりましたら初診予約担当までお申し出ください。送付させていただきます。
なお、本院のホームページからもダウンロードすることができます。

問い合わせ先

岡山大学病院 初診予約担当 (直通) 086-235-7205