

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

希望医師・予約日調整		紹介元医療機関(貴施設) ※すべて記入		
希望医師名*2 (あればご記入ください。 希望医師の指定がない場合は初診担当医師で予約をお取りします。)	医師 医師同士のお話は済みですか? <input type="checkbox"/> はい →日付が決まっている場合は日付を記入() <input type="checkbox"/> いいえ	※医師名は診療情報提供書記載のものと同じとさせていただきます。		
医学的に望ましい受診までの期間 (該当に必ず☑)	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2か月以内 又は() まで 当日及び翌日の場合は直接、診療科へ電話でご相談ください。 (本様式は使用できません。TEL:086-223-7151(代表))	施設名 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> クリニック	医師名	先生
患者さんの都合の悪い日・曜日	特定日(あれば記入) 曜日(あれば☑) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	診療科名	科	
		所在地	〒	
		電話番号		
		FAX		
		連絡先	部署名	
			担当者名	

希望診療科*2 (ひとつのみ必ず☑) ※複数受診希望の場合は別々に申し込んでください

<input type="checkbox"/> 総合内科・総合診療科	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵外科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 小児神経科	<input type="checkbox"/> 麻酔科蘇生科
<input type="checkbox"/> 呼吸器・アレルギー内科	<input type="checkbox"/> 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝子診療科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 腫瘍センター(腫瘍内科)
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 緩和支援医療科
<input type="checkbox"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科	<input type="checkbox"/> 眼科	各種センター名での予約はできませんので、対応する診療科名でお申込みください。 (例)てんかんセンターの場合は小児神経科、脳神経外科、脳神経内科、精神科神経科のいずれかでお申し込みください。
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	
<input type="checkbox"/> 消化管外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 形成外科	

患者基本情報(すべて記入) ※カルテの二重登録防止のため正確に記入してください。

患者氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	漢字	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	旧姓(わかれば記入)	年	月
		日	
電話番号	固定電話	岡山大学病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	携帯電話	ID(わかれば記入)	
現住所			

患者診療情報

主傷病名(必須)	
紹介目的(該当に☑)	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()
症状詳記	(臓器・部位をなるべく明記してください。)

申込時必要書類(必須)

申込時に必要な書類は揃っていますか?(診療科によって異なります。「外来診療医日割表/医科」*2でご確認ください。) はい いいえ

注意事項

*1 平日16時までの申し込みの場合は当日中に、平日16時以降の申し込みの場合は翌日(翌日が土・日・祝日等を除く)の正午までに予約を取得し、「外来予約票」をFAXで送信してお知らせします。

*2 「外来診療医」、「診療科」及び「申込時必要書類」は当院HP(<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index81.html>)に掲載してある「外来診療医日割表/医科」及び「初診予約診療科情報一覧(医科)」でご確認ください。

*3 外国人患者の方で、日本の健康保険をお持ちでない方は、医療費が高額になります。FAX送信前に必ず、国際診療支援センター(TEL:086-235-6570)へ電話連絡してください。詳細については本院HP(<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index274.html>)をご確認ください。

*4 本様式ではセカンドオピニオン外来の申し込みはできません。セカンドオピニオン外来の申し込みについては、当院HP(<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index40.html>)をご確認ください。

(お問合せ先)
岡山大学病院初診予約担当
TEL:086-235-7205
FAX:086-235-6761

ver.20230719