



# 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。※  
※外国人患者の方で、日本の健康保険証をお持ちでない方、または、日本語での診療が出来ない方は、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 希望医師名 受診希望 令和 年 月 日 頃 受診希望曜日（月・火・水・木・金）	貴施設[送信元] 申込日：令和 年 月 日 ご施設名 病院・医院 科 医師氏名 _____ 先生 〒 _____ 住所 TEL : _____ FAX : _____ (連絡担当者： _____)
治療緊急性：急を要する場合は直接診療科へご連絡ください。 (緊急の場合、本様式「FAX診療申込書」は使用できません。)	

【希望診療科】 ※必ずレ点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 総合内科	<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"/> 感染症内科	<input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科	<input type="checkbox"/> 眼科	
<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	大正・昭和・平成・令和
フリガナ	男・女	月日	年 月 日
漢字	岡山大学病院 受診歴		有・無・不明
電話番号 (携帯等)	※当院より連絡する場合があります。 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<傷病名・紹介目的・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。

傷病名	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)
病状詳記	(臓器・部位をなるべく明記してください。)	

《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