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。

※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 希望医師名 医師 受診希望 令和　　年　　月　　日　頃 受診希望曜日（　月　・　火　・　水　・　木　・金　） 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。）	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：　　）

【希望診療科】　※必ずレ点をつけてください。

□総合内科	□肝・胆・膵外科	□精神科神経科	□産婦人科
□血液・腫瘍内科	□小児外科	□小児神経科	□麻酔科蘇生科
□呼吸器・アレルギー内科	□内分泌内科	□皮膚科	□脳神経外科
□循環器内科	□腎臓内科	□放射線科	□臨床遺伝子診療科
□心臓血管外科	□糖尿病内科	□整形外科	□腫瘍センター腫瘍内科
□呼吸器外科	□リウマチ・膠原病内科	□泌尿器科	□緩和支持医療科
□感染症内科	□乳腺内分泌外科	□眼科	
□消化器内科	□脳神経内科	□耳鼻咽喉科	
□消化管外科	□小児科	□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	生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日
フリガナ		男・女		
漢　字		岡山大学病院　受診歴 IDがわかればご記入ください。		有　・　無　・　不明 ID　：
電話番号（携帯等）	※当院より連絡する場合があります。			

【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	□　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 ）
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

ver. 20200214