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。
詳細は当院のホームページをご確認ください。　https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index274.html

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。）（翌日の予約は取れません。）**
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	**貴施設[送信元]**　**申込日：令和　年　月　日**
希望医師名　（医師の希望のある場合は記入してください。） 医師 **希望受診日** 第１希望日　令和　年　月　日　頃 第２希望日　令和　年　月　日　頃 ※予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。 **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。）	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	※カルテの二重登録防止のためご記入下さい。（旧姓：　）	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		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　：

風邪の症状や37.5度以上あるいは平熱＋１度以上の発熱が2日間以上続いている	本人	□あり	□なし	家族※	□あり　□なし
強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある	本人	□あり	□なし	家族※	□あり　□なし
味覚（あじ）や嗅覚（におい）がよくわからなくなった	本人	□あり	□なし	家族※	□あり　□なし
普段接触している方が、最近１か月以内にCOVID-19になった	本人	□はい	□いいえ	家族※	□はい　□いいえ

海外渡航歴（過去14日間）	本人　□あり　□なし	家族※　□あり　□なし	国名・帰国日　（　・　）
国内移動歴（過去14日間）	本人　□あり　□なし □埼玉県　□千葉県　□東京都　□神奈川県　□愛知県　□大阪府 □福岡県　□沖縄県　□その他　（　）	家族※　□あり　□なし	移動日　（　／　／　）
県外の方との接触歴（過去14日間）	本人　□あり　□なし 接触相手の在住地（　）	家族※　□あり　□なし	接触日　（　／　／　）

予約日までの間(2W)は、県跨ぎの移動は避けてください。途中で症状があればご連絡ください、予約は変更またはキャンセルになります。　□了承

※　上記確認事項は、患者本人・家族(同居・別居・付添者含む)を対象とします。　※　COVID-19対策のため、ICTが対応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. 20200910