

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			※医師名は診療情報提供書記載のものと一致させてください。	
	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			施設名	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> クリニック
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ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 又は()まで			医師名	先生
	<small>緊急等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)</small>			診療科名	科
患者さんの 都合の悪い日・曜日	特定日 (あれば記入)	(都合の悪い日) <input type="checkbox"/> 無		所在地	〒
	曜日 (あれば□)	(都合の悪い曜日) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金		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"/> 緩和支持医療科
<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	

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込みください。

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 <small>保険証と一致!!</small>	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	外国の方で、健康保険をお持ちでない場合	<input type="checkbox"/>
	漢字		生年月日 <small>保険証と一致!!</small>	<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)	※カルテの二重登録防止のためご記入ください。		年	月	日
日中連絡のつく電話番号 <small>※当院から連絡する場合があります。</small>		岡山大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
			ID(わかれば記入)			

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				
<small>※予約取得時に診療情報提供書を送信しない場合は必ず記入 (臓器・部位をなるべく明記してください。)</small>				
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□え				
NOBORI共有設定	<input type="checkbox"/>	NOBORIを導入している医療機関で、患者さんの同意のもと、NOBORIにより事前に診療情報を提供いただける場合には、レを入れてください。合わせて、患者さんへ「岡山大学病院に共有設定」の案内をお願いいたします。		

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 予約の患者の状態等は当日まで当院医師の目に触れないで、予約日まで安全に待てる患者であるか十分ご注意ください。
予約日まで待てるか判断が難しい場合は電話で各診療科にお問い合わせください。
- *4 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(1点につき30円)になります。
FAX送信前に必ず、**国際診療支援センター(TEL:086-235-7536)**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。
- *5 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。

(お問い合わせ先)
岡山大学病院初診予約担当
TEL:086-235-7205
FAX:086-235-6761