

岡山大学病院（歯科）FAX診療申込書

FAX番号 086-235-6761

※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>

患者様のプライバシー保護のため、おかけ間違いのないようお願いいたします。
診療情報提供書を併せて送付いただきますようお願いいたします。

※ 印の項目及び特定医師の場合は、希望医師名を必ずご記入ください。

<p>岡山大学病院 受診希望科 _____ 希望医師名 _____ (医師の希望のある場合は記入してください)</p> <p style="text-align: center;">科 _____ 医師 _____</p> <p>※ 希望来院日 (有・無) 有の場合： R ____年 ____月 ____日 ()</p> <p>岡山大学病院 受診歴 (有・無)</p>	<p>真施設 ※ご施設名 _____ 病院・医院 _____ 科 _____</p> <p>医師名 _____ 先生 _____</p> <p>〒 _____ 住所 _____</p> <p>※ TEL : _____</p> <p>※ FAX : _____</p>
--	---

<p>※ 患者氏名 旧姓: ()</p> <p>カタカナ _____</p> <p>漢字 _____</p> <p>岡山大学病院 ID < - - ></p> <p>※ 性別 (男・女)</p>	<p>※ 生年月日 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 ____月 ____日 (____歳)</p> <p>※ TEL : _____</p> <p>※ 携帯番号 : _____</p>
---	--

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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある	本人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	家族※	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
海外渡航歴(過去14日間)	本人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
国内移動歴(過去14日間)	本人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
県外の方との接触(過去14日間)	本人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族※	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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。

病名 (主訴)	
--------------------	--

依頼内容	
-------------	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 各種 画像検査 <input type="checkbox"/> _____
-------------	---

紹介状持参 紹介状郵送

医療関係者各位

1. このFAX診療申込書により受付けます。(電話での予約申込みは受付しておりません)(翌日の予約は取れません)
2. 診察日に関しましては当院の外来診療医日割表をご参照ください。
3. 当日は、8:30~11:00までに受付をお願い致します。 (予診室 → 該当の診療科)
 ご来院時には、紹介状(診療情報提供書)、保険証等を外来受付にご提出下さい。
4. 本様式は、本院のホームページからもダウンロードすることができます。

<https://www.okayama-u.ac.jp/user/hospital/index277.html>

問い合わせ先
 岡山大学病院 歯科地域医療支援室 (直通) 086-235-6932
 (紹介受付業務: 平日 午前8時30分 ~ 午後4時)