

FAX診療予約申込書【歯科】
送信先:086-235-6761

				申込日		令和		年		月		日
希望医師・予約日調整						紹介元医療機関(貴施設) ※すべて記入						
希望科・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。)		科		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。						
		医師同士のお話はお済みですか？				施設名		☐ 病院 ☐ 医 院 ☐ クリニック				
		☐ はい →日付が決まっている場合は日付を記入() ☐ いいえ				医師名		先生				
希望来院日		※ 希望来院日 (有 ・ 無)				診療科名		科				
		有の場合: R 年 月 日()				所在地		〒				
		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))				電話番号						
患者さんの都合の悪い日・曜日		特定日 (あれば記入)				FAX						
		曜日 (あれば☑)		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金		連絡先		部署名				
								担当者名				
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		フリガナ				性別		☐ 男 ☐ 女				
		漢 字				生年月日		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和				
 保険証と一致!!		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。		 保険証と一致!!		年 月 日				
電話番号 ※当院から連絡する場合があります。		固定電話				岡山大学病院 受 診 歴		☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明				
		携帯電話						ID(わかれば記入)				
現 住 所												
患者診療情報												
主 傷 病 名 (必 須)												
種 別		☐ 炎症 ☐ 腫瘍										
上記に対する緊急度		☐ 1週間以内 ☐ 2週間以内 ☐ その他()										
紹介目的 (該 当 に ☑)		☐ 検査・診断 ☐ 治療 ☐ 手術 ☐ その他()										
症 状 詳 記 ※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		(部位等をなるべく明記してください。)										
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「スペシャルニーズ歯科」は紹介状を添付してください。) ☐ はい ☐ いいえ												

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。
- *3 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。

(お問合せ先)
岡山大学病院初診予約担当
TEL:086-235-6932
FAX:086-235-6761