

FAX診療予約申込書【歯科】
送信先:086-235-6761

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 医師同士のお話はお済みですか？ ☐ はい →日付が決まっている場合は日付を記入() ☐ いいえ		※医師名は診療情報提供書記載のものと一致させてください。 施設名 医師名 診療科名 所在地 電話番号 FAX			
希望来院日		※ 希望来院日 (有 ・ 無) 有の場合: R 年 月 日() ☐ 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)		病 院 医 院 ク リ ニ ッ ク 先生 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) ☐ 無	連 絡 先			部 署 名
		曜 日 (あれば☑)	(都合の悪い曜日) ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金	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  保険証と一致!!	フリガナ			性別	☐ 男 ☐ 女	外国の方で、健康保険 をお持ちでない場合	☐ *3を参照してください。
	漢 字			生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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。		 保険証と一致!!	年 月 日		
日中連絡のつく電話番号 ※当院から連絡する場合があります。				岡山大学病院 受 診 歴	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		
				ID(わかれば記入)			
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。) ☐ 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 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ので、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。
- *3 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。
- *4 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