



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 ※医師名は診療情報提供書記載のものど一致させてください。			
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? <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"/> 院 <input type="checkbox"/> クリニック	医師名	先生
希望来院日	※希望来院日(有・無) 有の場合: R 年 月 日( ) <input type="checkbox"/> 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)	診療科名		所在地	〒
患者さんの 都合の悪い日・曜日	特定日 (あれば記入) <input type="checkbox"/> 無 (都合の悪い日)	電話番号		FAX	
	曜日 (あれば) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	漢字 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		
	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。 保険情報(必ずご記入ください。)			
		<input type="checkbox"/> 国保・後期 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費			
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	ID(わかれば記入)	
外国人の患者さんの場合は必ず以下を確認してください。また、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。					
*3日本の公的健康保険をお持ちでない場合は、診療報酬1点30円で計算さ れることを了承している。 <input type="checkbox"/> はい		言語	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> その他( )		
在留カードの所有 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 日本語対応可能又は日本語対応可能な付き添い有		
海外保険の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> その他( )		
患者診療情報					
主傷病名 (必須)					
種別	<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> 腫瘍				
上記に対する緊急度	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> その他( )				
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 ※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。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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