

# 岡山大学病院（歯科）FAX診療申込書

## FAX番号 086-235-6761

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。

<b>岡山大学病院</b> 受診希望科	希望医師名
科	医師
※ 希望来院日（有・無）	
有の場合：H 年 月 日（ ）	
岡山大学病院 受診歴（有・無）	

<b>貴施設</b> ※ご施設名	病院・医院
医師名	科 先生
〒	住所
※ TEL :	
※ FAX :	

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

病名 (主訴)	<input type="text"/>
------------	----------------------

依頼内容	<input type="text"/>
------	----------------------

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="text"/>

紹介状持参  紹介状郵送

### 医療関係者各位

- 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いません)**
- 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。
- 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。)
- 本様式がなくなりましたら地域医療連携室までお申し出ください。送付させていただきます。  
なお、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。

### 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）