

# 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：R _____ 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 _____ 科 _____ 医師名 _____ 先生 _____ 〒 _____ 住所 _____ ※ TEL : _____ ※ FAX : _____
---

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

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 [ _____ ]
------	--

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)

