

※FAX送信用(貴院⇒岡大)

## 紹介診療申込書

平成 年 月 日

岡山大学病院  
歯科地域医療支援室長 殿

地域医療機関名

(紹介診療科: \_\_\_\_\_ 科)

氏 名

住 所 〒

(歯科医師名: \_\_\_\_\_ 医師)

TEL ( ) —

FAX ( ) —

下記の患者さんを紹介しますので、診療方よろしくお願いします。

### 記

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                       |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| フリガナ<br>患者氏名 | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 生年<br>月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 ( 歳) |
| 住 所          | 〒 TEL ( ) —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                       |
| 受 診<br>希望日時  | 平成 年 月 日 ( ) ・ 時 分頃(受付:8時30分～11時00分)<br>【患者の緊急度】 希望日のみ・1週間以内・2週間以内・その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                       |
| 紹介目的         | <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治 療 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 手 術 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> X線検査( <input type="checkbox"/> パノラマX線撮影 <input type="checkbox"/> 頭部一般撮影 <input type="checkbox"/> 頭部X線規格撮影<br><input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波検査、造影検査) |          |                       |
| 依頼内容         | ※患者への受診日等の連絡は、 <input type="checkbox"/> 当院からする。 <input type="checkbox"/> 岡大病院からしてほしい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                       |
| 持参資料         | <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録( ))<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                    |          |                       |

※ この申込書は、3枚複写です。診療情報提供事項は、次ページに記載願います。

### 紹介の手順

貴院→本院へ・・・本診療申込書(FAX送信用)をFAXまたは郵送【電話での紹介も可】

本院→貴院へ・・・診療科と調整し、受診日時をFAXまたは郵送あるいは電話

貴院→患者へ・・・紹介状(診療情報提供書)を渡す。

患者→本院へ・・・本院指定の時間又は平日の8:30～11:00に来院。診療申込書に記載後、紹介状又は  
診療情報提供書、保険証等を提出。受付終了後(総合診断室→当該診療科)

本院→貴院へ・・・受診報告書をFAX又は郵送。その後、経過報告書等を郵送。

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2丁目5-1

岡山大学病院歯科地域医療支援室

TEL 186-235-6758 FAX 086-235-6761

(紹介の受付・業務時間・・・平日の午前8時30分～午後5時15分)

【代表電話番号 086-223-7151 】