



FAX診療予約申込書 岡山大学病院【医科】

セカンドオピニオンの場合、申込み方法が異なります。当院のホームページをご確認ください。

1. 太枠内は必須項目です。
2. 救急患者については、この申込書を使用せず、直接該当診療科へお問い合わせください。
3. このFAX診療予約申込書により受け付けます。（電話での申込みは受付しておりません。）
4. 予約取得の際は、「初診予約診療科情報一覧（医科）」および「外来診療医日割表（医科）」をご確認ください。
5. 受付日（月～金）の16時までには本申込書を送信いただければ、当日中に『外来予約票』をお送りいたします。
予約受付時間外（平日16時以降・土曜・日曜・祝日含む）のお申込みは、翌診療日の対応となります。

岡山大学病院		貴施設[送信元]	申込日：令和 年 月 日
受診希望科	希望医師名	ご施設名	病院・医院
科	医師		科
受診希望		医師氏名	先生
令和 年 月 日 頃		〒	—
受診希望曜日（月・火・水・木・金）		住所	
		TEL :	
		FAX :	
治療緊急性：急を要する場合は直接診療科へご連絡ください。 <small>（緊急の場合、本様式「FAX診療申込書」は使用できません。）</small>		（連絡担当者：）	

【患者情報】

患者氏名（旧姓：） <small>※カルテの二重登録防止のためご記入下さい。</small>	性別	生年	明治・大正	年 月 日
フリガナ	男・女	月日	昭和・平成	
漢字	岡山大学病院 受診歴		有・無・不明	IDがわかればご記入ください。 ID :
電話番号（携帯等） <small>※当院より連絡する場合があります。</small>				

【診療情報提供書添付 有・無】

※ 診療情報提供書を、可能な限り添付してFAX送信してください。（原本は、受診日に持参ください。）
※同時送信しない場合、

必ず下記の「紹介目的・傷病名・病状詳記」を記載し、翌日中には必ず診療情報提供書をFAX送信してください

紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・手術 <input type="checkbox"/> その他（） <small>※ 先生同士お話し済（日時まで決定済・診察了承のみ）</small>
------	---

※診療情報提供書の添付がある場合は以下の記載は不要です。

傷病名	
病状詳記	

《問合せ先》岡山大学病院 初診予約担当 (TEL) 086-235-7205
(送信先FAX番号) 086-235-6761