

岡山大学医学部・歯学部附属病院 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。

***赤字の項目・希望医師名は必ず御記入をお願いします。**

岡山大学医学部・歯学部附属病院 受診希望科 希望医師名 科 医師 希望来院日 年 月 日 曜日 時 分 当院 受診歴 (有・無・不明)	貴施設 〒 住所 病・医院 科 医師名 先生 印 TEL : FAX :
--	---

患者氏名(カタカナ)	生年月日
姓 <input type="text"/>	明・大・昭・平 年 月 日
名 <input type="text"/>	(歳)
性別 男・女	

主訴又は傷病名 (*担当科が不詳の場合にも必ず御記入ください。*希望科・医師への依頼事項を御記入ください)

医療関係者各位

- 1 本院のFAX診療申込書の様式を送付致します。
- 2 このFAX診療申込書により受付ます。
- 3 診察日に関しましては当院の外来診療医日割表を御参照ください。
- 4 受付日(月～金曜日)の14時までに本申込書を送信いただければ、すみやかにFAXで『外来予約票』を返信いたします。14時以降の送信の場合『外来予約票』の返信が翌日以降になる場合があります。『外来予約票』が届かないなど不都合がございましたら地域医療連携室までお申し出ください。
- 5 患者様のプライバシー保護にご配慮ください。
- 6 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。直ちに送付致します。
- 7 なお、本様式は本院のホームページからダウンロードすることができます。

(URL <http://www.okayama-u.ac.jp/user/hos/syukai.html>)

問い合わせ先

岡山大学医学部・歯学部附属病院

地域医療連携室 直通 086-235-7205

(紹介医 地域医療連携室)