

紹介患者受付用FAX用紙

年 月 日

開放病床の希望
有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無

医療機関名

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター
科

所在地

電話番号

医師氏名

FAX番号

〒701-1192 岡山市北区田益1711-1

診療科

地域医療連携室TEL 086-294-9556

医師氏名

印

予約専用FAX 086-294-9557

担当者名

夜間・休日(救急窓口)FAX 086-294-9505

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日	西暦・明・大・昭・平・令	電話番号
	旧姓()			年 月 日生	(続柄:)
患者住所	〒				携帯電話番号
					(続柄:)
被保険者証 記号・番号	(保険者番号の記載は不要です)				

傷病名 (主訴または病名)					
紹介目的	どちらか一方のみチェックをお願いします。		現在の状況にチェックをお願いします。		
	<input type="radio"/> 診察 <input type="radio"/> 検査		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中		
検査予約	(放射線)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> MRI ()		<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※部位()	
		直近6ヶ月以内のクレアチニン値 ()		ビグアナイド系薬剤内服の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(内視鏡)	<input type="checkbox"/> 上部(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 下部(大腸ファイバー)		鎮静剤の希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
診療情報提供書の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		無の場合、予約前日までに診療情報提供書のFAXをお願いします。		

希望日	第一希望	年	月	日	午前・午後	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	第二希望	年	月	日	午前・午後		当院ID番号
治療緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

- 緊急の場合は連携室にご連絡のうえ、診療情報のFAXをお願いします。
- 入院を希望される場合は事前にご相談下さい。

●来院手段

救急車 自家用車 その他 ()

☆セカンドオピニオン外来については、完全予約制で、自費料金が生じます。

詳しいお問い合わせ、申込は TEL 086-294-9911 までお願いします。