

紹介患者受付用FAX用紙

開放病床の希望
有 ・ 無

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

科
医師

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

診療科

医師氏名

担当者名

印

〒701-1192 岡山市北区田益1711-1
地域医療連携室 TEL 086-294-9556

予約専用FAX 086-294-9557

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	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	電話番号
	旧姓 ()				() -
患者住所	〒 -				
被保険者証 保険者番号			記号・番号		

傷病名 (主訴又は病名)				
紹介目的	どちらか一方のみチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査		現在の状況にチェックをお願いします。 <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 ()	
	(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 有 ・ 無
	第二希望	年 月 日	午前・午後	
	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ください。

●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。