

岡山労災病院 紹介患者予約申込書

地域医療連携室宛			
予約専用	FAX	(086) 263	- 2587
連携室直通	TEL	(086) 262	- 4554

平成 年 月 日

診療科	科	希望医師	医師
受診希望日	平成	年	月 日 ()

所在地
医療機関名
医師氏名
電話番号 () -
FAX番号 () -

紹介目的 (主訴・病名など)	※先生同士お話済み (日時まで決定済み・診察了承済み)
--------------------------	-----------------------------

※診療情報提供書は、可能な限り添付してFAXでお送りください。(必ず情報提供書が必要な診療科もございますのでご了承ください。)

ご希望内容	(診療予約・検査予約のどちらか一方をお選びください)
<input type="checkbox"/> 診療予約	
<input type="checkbox"/> 検査予約	
<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ
	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ
	<input type="checkbox"/> 胃・大腸カメラ
<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影) 検査部位 ()
	<input type="checkbox"/> MR (単純・造影) 検査部位 ()
	<input type="checkbox"/> その他 (検査:) (部位:)
<input type="checkbox"/> 骨密度	・体内金属の有無 有 (部位) ・ 無

患者基本情報			
フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	〒	TEL	() -
保険情報	保険者番号	公費番号	
	記号・番号	受給者番号	

◆ 紹介医の皆様へ

- ・受付時間は平日午前8時30分～午後7時です。午後7時以降にお送りいただいたものは翌診療日に返信いたします。
※ただし、検査予約、一部診療科は午後5時までの受付になりますのでご了承下さい。
- ・当日の予約は受け付けておりません。
- ・患者様の御来院時に、紹介状・保険証・予約票を持参くださるよう、お伝えください。

◆緊急時、即入院の必要な時などに際しましては、あらかじめ担当医までご連絡ください。
連絡先・・・岡山労災病院 代表電話 (086)262-0131