

FAX : 086-235-8556



岡山赤十字病院 紹介患者予約申込書 (FAX送信票) 申込日: 年 月 日

地域医療連携課/受付時間: 午前8時30分～午後6時30分

◆当日の予約は受け付けておりません。

◆午後6時30分以降にお送りいただいたものは、翌開院日に返信いたします。

◆受診時には必ず「お薬手帳」をご持参くださるようご指導ください。

◆セカンドオピニオンのご希望は、電話連絡いただくか、当院ホームページからダウンロードしてお申込ください。

《休診日》

土曜日・日曜日・祝日

年末年始 12月29日～1月3日

創立記念日 5月28日

岡山赤十字病院 希望日 月 日 () 曜日 希望診察医 (医師の希望がある場合はご記入ください) 医師	貴医療機関名 医師氏名 所在地 〒 - TEL : FAX : (連絡担当者:)
--	--

【診察希望】※レ点をつけてください。

☐ 総合内科	☐ 糖尿病・内分泌内科	☐ 呼吸器外科	☐ 産婦人科
☐ 血液内科	☐ 消化器内科・胆膵内科	☐ 消化器外科	☐ 眼科
☐ 呼吸器内科	☐ 膠原病・リウマチ内科	☐ 乳腺・内分泌外科	☐ 耳鼻咽喉科
☐ 循環器内科	☐ 緩和ケア科	☐ 心臓血管外科	☐ 脳神経外科・脳血管内治療外科
☐ 腎臓内科	☐ 脳卒中科	☐ 整形外科	☐ 形成外科
☐ 肝臓内科	☐ 精神神経科	☐ 皮膚科	☐ 麻酔科・ペインクリニック科
☐ 脳神経内科	☐ 小児科	☐ 泌尿器科	☐ 放射線科(治療)

【検査希望】※医師指定は希望に添えない場合があります。

内 視 鏡	胃力メラ ※どちらかを選択 (経口 ・ 経鼻)	大腸カメラ
放射線	CT ・ MRI ※部位 () ※ 結果送付 どちらかを選択 CD-R ・ フィルム	
	造影剤: ☐ 不要 ☐ 要 (造影検査をご希望の場合は、別途採血結果のFAXもお願いします) →腎機能検査(3ヶ月以内) 月 日 / eGFR () 又は血清クレアチニン (mg/d l) ※ビグアナイド系糖尿病薬内服の方は、CTの前後2日間の休薬がない限りは造影できません。	
	骨塩定量 ※結果送付 CD-R (要 ・ 不要)	エコー 腹部・頸動脈・シャント 下肢動脈・下肢静脈

【患者情報をご記入ください】

フリガナ 患者氏名	(歳)	性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和
	※二重登録防止の為 旧姓 ()	男・女	年 月 日	
住 所	〒 -			
電話番号 (携帯等)	※当院より連絡する場合があります。	岡山赤十字病院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明 ID (わかれば) :	

◆診療情報提供書は、可能な限り予約申込み時にFAX送信してください。原本は当日ご持参ください。

※同時に送信できない場合、必ず下記の紹介目的・病状詳記をご記載ください。

(予約後に作成される場合は、可能な限り予約日までに診療情報提供書をFAX送信いただき、原本は当日ご持参ください。)

※ 紹介目的 病状詳記 など	(臓器・部位をなるべく明記してください。)
-------------------------	-----------------------

【該当があればご記入ください】

- ☐ 現在入院中である (退院予定日: 月 日)
- ☐ 現在施設に入所中である(施設名: TEL:)
- ☐ 自動車事故(保険会社名: TEL: 担当者名:)
- ☐ 仕事上のけが(労災)

《問合せ先》岡山赤十字病院 地域医療連携課 (TEL) 086-235-8555

(送信先FAX番号) 086-235-8556

ver. 202505