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	貴医療機関名
第1希望　　月　　日　（　　）曜日	医師氏名　　先生
第2希望　　月　　日　（　　）曜日	所在地　〒　　－
その他日程ご要望	TEL　：
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	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	胃カメラ ※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/dl) ※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	その他	脳波

【患者情報をご記入ください】

フリガナ 患者氏名	（　歳） ※二重登録防止の為　旧姓（　　）	性別 男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 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：　　）
□　仕事中のけが（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. 202508