

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してください。

《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
第2希望 月 日 () 曜日	先生
その他 日程ご要望	所在地 〒 -
希望診察医 (医師の希望がある場合はご記入ください)	TEL :
医師	FAX :
	(連絡担当者:)

【診察希望】※し点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科・胆膵内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科・脳血管内治療外科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳卒中科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 麻酔科・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 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。(R)検査は専用の申込書をご利用ください)

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 () 結果はCD-Rにてお送りします。	
	造影剤: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 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) ※ピ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