

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	貴医療機関名 医師氏名 先生
希望診察医 医師	所在地 〒 - TEL : FAX : (連絡担当者:)

【診察希望】※レ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。

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: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 →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)	その他 腹部エコー ・ 脳波

【患者情報をご記入ください】

フリガナ 患者氏名	(歳)	性別 男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	※二重登録防止の為 旧姓 ()			
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。
- ※同時に送信できない場合、必ず下記の紹介目的・病状詳記を記載のうえ、FAX送信してください。

※ 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