



岡山市立市民病院 紹介患者受診申込書

申込日 年 月 日

紹介用FAX : 086-737-3011

(24時間受信可能)

● 紹介医療機関情報

医療機関名
診療科・医師名
電話番号
FAX番号
申し込み担当者

◆当日の受診、救急搬送、モバイルERのご依頼の場合は、
お電話にて調整をさせていただきます。

【TEL : 086-737-3010】へ必ずご連絡ください。

◆受診日までに診療情報提供書をFAXしていただきますよう
お願いいたします。【紹介用FAX : 086-737-3011】

● 予約内容 (いずれかにチェックをしてください)

☐ 診察 → Aへ ☐ 検査 → Bへ

● 希望医師名 (最新の外来診療担当表をご確認ください)

A 診察 (複数の診療科を希望される場合は別々に申し込んでください)

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 消化器内科 | ☐ 脳神経内科 | ☐ 産婦人科 |
| ☐ 循環器内科 | ☐ 腎臓内科 | ☐ 眼科 |
| ☐ 呼吸器内科 | ☐ 内分泌内科 | ☐ 耳鼻いんこう科 |
| ☐ 糖尿病内科 | ☐ 外科 | ☐ 小児科 |
| ☐ 血液内科 | ☐ 整形外科 | ☐ 皮膚科 |
| ☐ 総合内科 | ☐ 形成外科 | ☐ 泌尿器科 |
| ☐ 膠原病・リウマチ内科 | ☐ 脳神経外科 | ☐ 麻酔科(ペイン) |

B 検査 (検査のみの予約となります)

- ☐ 内視鏡検査 ※医師の希望があれば希望医師名欄にご記入ください
☐ 胃 ☐ 大腸 ☐ 小腸カプセル
- ☐ 放射線科 ※医師の指定はできません
部位: ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部
☐ その他 ()
項目: ☐ MRI ☐ MRA ☐ CT ☐ 骨塩定量
☐ 単純 ☐ 造影
- ★ペースメーカー ☐ 有 ☐ 無
★造影の場合は、下記について記入してください
喘息の既往歴 ☐ 有 ☐ 無
3か月以内のクレアチニン値
月 日 mg/dl

● 紹介目的

● 希望日 (最新の外来診療担当表をご確認ください)

☐ いつでも可 ・ ① 年 月 日 . ② 年 月 日
AM . PM AM . PM

● 患者基本情報

ふりがな				性別	旧姓
氏名				☐ 男 ☐ 女	
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日			当院受診歴	☐ 有 ☐ 無
住所	〒 -				
電話番号	☐ 本人 ☐ その他 ()				
保険情報	保険者番号		記号・番号	被保険者番号	
患者さんについて	移動	☐ 独歩(杖歩行含む) ☐ 車椅子 ☐ リクライニング車椅子 ☐ ストレッチャー	状況	☐ 外来にて待機中 ☐ 帰宅されている ☐ 入院中 (☐ 退院後受診 ☐ 入院中受診)	
診療情報提供書の原本について	☐ 患者さんへ手渡し ☐ 当院へ郵送			画像データの持参	☐ 有 ☐ 無

- ・予約調整は、【平日】8:30~19:00、【祝日を除く土曜日】8:30~12:00で対応いたします。
- ・上記以外の時間に到着したFAXは、翌診療日に対応いたします。(FAX送信は24時間可能です)
- ・予約内容によってはお返事に時間がかかることや、確認のお電話をさせていただく場合がありますのでご了承ください。