

社会医療法人 鴻仁会
岡山中央病院

紹介患者事前診療予約のご案内

ご紹介いただく患者様の事前予約をお受けいたします。診療予約FAX用紙をご記入いただき、ファックスをお願い致します。
診療予約票は速やかにファックスさせていただきます（15分以内）

お申し込み方法

紹介元医療機関
お申込用紙にご記入しFAX下さい



FAX (086) 252-3929

地域連携室 受付時間

平日 8時30分～17時

土曜日 8時30分～12時30分



ご予約をお受けいたします



15分以内に診療予約票をお送りします



患者様に予約票をお渡しく下さい

紹介患者事前診療予約
FAX **086-252-3929**

地域医療支援病院 岡山中央病院
〒700-0017 岡山市北区伊島北町6-3
TEL 086-252-3221 (病院代表)
086-252-5002 (地域連携室 直通)



診療予約FAX用紙

予約Fax用紙

社会医療法人 鴻仁会
岡山中央病院



_____科
 _____先生

〒700-0017 岡山市北区伊島北町6-3
 地域連携室 直通
 TEL (086) 252-5002
 FAX (086) 252-3929

年 月 日

紹介元
 医療機関名

医師氏名 _____ 殿 印

フリガナ 患者氏名	_____	生年月日	大・昭・平・令 ____年 ____月 ____日 (才)
	男 ・ 女		
受診希望日	第1希望 ____月 ____日 ()	午前・午後	
	第2希望 ____月 ____日 ()	午前・午後	当院受診歴 有・無
主訴または 傷病名	_____		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> その他 開放病床の希望 (有 ・ 無)		

- 受付事務の方へ -

保険証・カルテ表紙をFAXの場合は下記はご記入不要です。

住所 電話番号	〒 _____	TEL () _____
------------	---------	---------------

●被保険者証

保険者番号	_____
記号・番号	_____
有効期間	_____
被保険者氏名	_____
続柄	本人 ・ 家族
割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

●公費負担医療受給者証

市町村番号	_____
受給者番号	_____
有効期間	_____