

緊急患者については、直接お電話ください

## 岡山県精神科医療センター紹介患者予約申込書

FAX 086-225-3855

予約窓口 TEL 086-225-3833

受付時間（月一金）9:00~16:30

貴施設情報

申込日 令和 年 月 日

ご施設名	病院・医院【 科 】
医師氏名	先生
ご連絡先	住所 電話番号 FAX番号 連絡担当者

現在貴院に  入院中  退院予定（退院日 ）  外来通院中

患者情報

※状況をお聞きするため、患者さんに直接ご連絡する場合があります。

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
		ご年齢	
ご住所	〒		当院の受診歴 有 ・ 無
電話番号	携帯 / 自宅		

紹介目的・病状詳記など紹介状を添付してください

問い合わせ内容

主訴	
外来/入院	<input type="checkbox"/> 外来依頼（本日・1週間以内・1週間以降） <input type="checkbox"/> 入院依頼（本日・1週間以内・1週間以降）
緊急/予約	<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 予約
備考欄	
受診随行	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 家族同伴（継続 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

◆◆ 特記事項 ◆◆

1. 太枠内は必須項目です
2. 予約内容によって、お返事に時間がかかる場合があります。ご了承ください。
3. 家族相談については、自費料金が生じます