

【歯科口腔外科用】 受診予約申込用紙 兼 診療情報提供書

地域医療連携室FAX 022-243-4718 (直通)

予約に関するお問合せ
TEL022-243-1105 (直通)

予約受付時間：平日 8：30～16：30 (土・日・祝祭日を除く)

当院記入欄【短縮番号 ()】

*申込は、受診希望日の前日16：30までをお願いします。

当院記入欄【ID - 】

受診希望日	第1希望： 月 日	貴院の名称 所在地 TEL FAX
	第2希望： 月 日	
	<input type="checkbox"/> 希望日なし (いつでも可)	
受診希望時間	<input type="checkbox"/> 午前 (月・火・水・木・金) <input type="checkbox"/> 午後 (水・金) ※13：00のみ	

《患者情報》

医師名 科 ④

患者氏名	ふりがな	受診歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診療科名)	
	様 (旧姓：)		ADL： <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	電話 自宅 携帯
生年月日	T・S・H・R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 月 日		
住所	〒		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> その他 ()
傷病名	
備考	

《診療情報提供書》

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

- この用紙を診療情報提供書 (紹介状) とする場合 →この用紙の原本を郵送またはご持参願います。
- 貴院の書式で診療情報提供書作成の場合 →診療情報提供書の欄はご記入不要です。診療情報提供書は申込時にFAXしていただき、原本を郵送またはご持参願います。

【診療情報提供書の提出方法】 後日郵送 (地域医療連携室宛にお願いします) 患者持参

当院記入欄 (予約日) / () :