

歯科口腔外科専用 外来診療予約FAX依頼書

患者さん情報 ※全ての事項について、もれなくご記入をお願いいたします		
フリガナ ご氏名		[<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女]
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [歳] ◆別紙診療情報提供書がございましたら、記載不要です。
ご住所	〒 ① ② 電話	◆別紙診療情報提供書がございましたら、記載不要です。 ◆必ず連絡がつく番号をお願いします。
紹介内容 ※□に✓またはご記入ください。		
医師の希望	<input type="checkbox"/> なし (外来担当医) ・ <input type="checkbox"/> あり ()	外来担当予定表は 当院のホームページを ご参照ください http://www.kumakenhoku-. jp/
診療希望日 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	第1希望 : 年 月 日 曜日 第2希望 : 年 月 日 曜日	
当日の 外科処置	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ()	
緊急性	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ()	
くまもとメディカルネットワーク加入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
紹介元医療機関 ※受診当日診療情報提供書が必要です。原本を患者さんにお渡し下さい。		
貴院名 :		
医師名 :		
ご連絡先 : 電話 :	FAX :	

◆ 受付時間外の予約依頼FAXは翌営業日にお返事いたします。
受付時間：8：30～17：00

◆ 本紙と一緒に貴院でご使用の診療情報提供書を送付ください。
住所、生年月日は診療情報提供書に記載があれば本紙に記入不要です。

◆ ご予約調整後、患者さんに直接日時をご連絡致します。

◆ 紹介元の先生には、FAX用紙にて予約日時を お知らせいたします。