

歯科口腔外科専用 診療 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 年 月 日 [年歳] <input type="checkbox"/> 平成 · <input type="checkbox"/> 令和 ◆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 電話 ② ◆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 https://kumakenhoku-hp.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。