

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	[□ 男 ・ □ 女]	
生年月日	☐ 大正 ・ ☐ 昭和 年 月 日 [歳] ☐ 平成 ・ ☐ 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 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	☐ なし（外来担当医） ☐ 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
初診希望日 ☐ あり ☐ 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	☐ 希望なし ☐ 希望あり（ ）	
緊急性	☐ なし ☐ あり（ ）	
くまもとメディカルネットワーク加入		☐ あり ☐ 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。