

※当院記入欄	受診科	歯科	ID	最終受診歴	年 月 日	連携室担当者
--------	-----	----	----	-------	-------	--------

◎以下にご記入のうえ、FAXをしてくださるようお願いいたします。 FAX番号 0823-22-2116

診療予約申込票【歯科】

令和 年 月 日

<紹介先>

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院 地域医療連携室

FAX 0823-22-2116

TEL 0823-27-5530

<紹介元>

医療機関名
医師名
TEL
FAX

患者様の情報	フリガナ		男・女	
	氏名		様	
	生年月日	T S H R 年 月 日	歳	
	郵便番号	-		
	現住所			
	電話			
保険者番号		本人・家族	公費負担者番号	
記号・番号		枝番	公費受給者番号	

希望診療科	歯科口腔外科				
希望医師名	医師		指定なし		
希望診療日	第一希望	月 日	午前 午後	時	※都合の悪い日
	第二希望	月 日	午前 午後	時	
	第三希望	月 日	午前 午後	時	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 抜歯(親知らず) <input type="checkbox"/> 抜歯(その他) <input type="checkbox"/> 一般歯科(義歯関係) <input type="checkbox"/> 一般歯科(う歯・その他) <input type="checkbox"/> インプラント関連 <input type="checkbox"/> その他 ()				

FAX受信後、20~30分を目途に診察日時を「診療予約票」でFAX返信いたします。

返信しました「診療予約票」を患者さんへお渡しいただくか、診療日時をお伝えください。

「診療情報提供書(紹介状)」も、必ず患者さんへお渡しください。

※当院から患者さんへ予約日時の連絡は行っておりません。ご了承ください。

※患者さんは	<input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中	<input type="checkbox"/> 帰宅されています	<input type="checkbox"/> 入院中です				
移動方法	独歩	杖歩行	車イス	ストレッチャー	救急車	同伴者	有・無
認知症	有・無	その他					