

口腔外科診療申込書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元

医療機関名		電話番号	
医師名	印	FAX番号	
住所			

患者情報

(フリガナ) 患者氏名		性別	男	女
		生年月日	M・T・S・H	年 月 日生
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

予約内容 ※診療情報提供書を別に発行される場合は事前のFAXの上、
原本は患者様にお渡し頂きますようお願いいたします。

診断名	
-----	--

診療情報 【別紙にて診療情報提供書 (あり・なし) 別紙にて処方録 (あり・なし)】

病状、既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等(紹介理由)

当日抜歯希望(希望 ・ 希望しない) ※当日抜歯枠は火曜日午後のみです。要予約
※当日抜歯ご予約の方でもお口の状態によっては当日抜歯できない場合がございます。ご了承下さい。

予約希望日

1、第1希望 月 日 2、第2希望 月 日 3、いつでも良い

送迎 必要→(ストレッチャー ・ 車椅子 ・ 独歩(座位保持可能)) 不要

耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室 * 緊急時は下記にお電話にてご相談下さい。

受付時間 8:30～20:30【月～金】 8:30～13:00【土】 祝日休み

いくわ みみはら

TEL 0120-198-338 FAX 072-241-0208 (24時間稼働、時間外受付分は次営業日に対応いたします。)