



FAX送信方向

予約FAX:082-257-5489
TEL:082-257-5064(直通)
広島大学病院 地域連携

※当院使用欄 記入しないでください
診察券作成 / () 予約登録 / ()
紹介情報登録 / () FAX返却 / ()
情報送付日 / ()

紹介・予約申込書 (FAX送付票) 歯科

☆即日入院依頼の場合は、直接診療科医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

紹介元	所在地	所属科
	医療機関名	TEL
	担当医師	FAX
診療依頼	診療科	希望診療科 _____ 科 ※必ずご記入ください。
	担当医師	<input type="checkbox"/> 希望歯科医師 _____ 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	診察希望日	第1希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 第2希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 第3希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 第4希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
	傷病名	CD-Rデータ/検体等 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 ※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。
	当日抜歯 当日手術	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし

↑ 当日抜歯・手術ご希望の患者さんはチェアの確保が必要なため、必ずご記入ください。

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

フリガナ	性別	※旧姓	被保険者	被保険者氏名	続柄
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
生年月日	明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (歳)				
住所 電話番号	〒 _____ - _____ - _____ ←郵便番号は必ずご記入ください				
	電話 (_____ - _____) 携帯 (_____ - _____) ※電話番号・特に携帯番号は今一度患者さんにご確認のうえご記入ください。				
保険情報	保険者番号	公費負担者番号			
	記号	公費負担医療の受給者番号			
	番号	公費負担者番号			
	有効期限	公費負担医療の受給者番号			
	労働災害 交通事故	<input type="checkbox"/> あり (仕事・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし			
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり		診察券番号	- -	

★一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。
また、度重なる予約変更はお避けくださいますようお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

コピーしてご利用下さい