

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

※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 平成 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	<input type="checkbox"/> 希望診療科 _____ 科 <input type="checkbox"/> なし		
	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		
	診察日	診察希望日 第1希望 年 月 日 () 第2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 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 (_____ - _____)					
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	平成 年 月 日		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 (仕事中心・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	_____	

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