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	□ 希望診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 科 □ なし	
	担当医師	□ 希望歯科医師 ＿＿＿＿＿＿ 医師　□ なし 医師の了解　□ 済　□ 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 ）
	当日抜歯 当日手術	□希望あり　□希望なし	□ 患者入院中 □ 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・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		□男 □女		□本人 □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	□あり（仕事中・通勤途中・その他）　□なし		
本院受診歴		□なし　□不明　□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ご協力をお願いいたします。

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