

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)			
	当日抜歯 当日手術	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし			<input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 <small>※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。</small>			

↑ 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	性	※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	_____	_____	_____	_____	_____	_____ (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 (工作中・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