

紹介患者事前申込書(FAX用)【歯科】

令和 年 月 日

日本歯科大学新潟病院

医療機関名

地域医療連携室

住所

FAX 025-267-1546

医師名

受付時間 午前9:00～午後4:30まで

TEL

月曜日から金曜日 ※土、日、祝日を除く

FAX

(送信票・送付付箋等は不要)

ご紹介目的	
希望担当医	有 ・ 無 歯科医師
受診希望日	第一希望日 月 日 (曜日) 午前・午後
	第二希望日 月 日 (曜日) 午前・午後
	希望日なし

【診察をご希望の科をお選び下さい】

診療科	<input type="checkbox"/> 口腔外科	<input type="checkbox"/> 総合診療科
	<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科
	<input type="checkbox"/> 歯科麻酔・全身管理科	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科口腔ケア科※	<input type="checkbox"/> 口腔インプラント科
センター	<input type="checkbox"/> 障害児・者歯科センター※	<input type="checkbox"/> 睡眠歯科センター
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア機能管理センター	
特殊外来	<input type="checkbox"/> 白い歯外来	<input type="checkbox"/> あごの関節・歯ぎしり外来
	<input type="checkbox"/> スポーツ歯科外来	<input type="checkbox"/> 口のかわき治療外来
	<input type="checkbox"/> いき息さわやか外来	<input type="checkbox"/> 歯科アレルギー治療外来
	<input type="checkbox"/> 顎のかたち・咬み合わせ外来	<input type="checkbox"/> 歯科鎮静リラックス外来
	<input type="checkbox"/> MRONJ外来	<input type="checkbox"/> 歯の細胞バンク外来

※詳細をお聞きしたいため、折り返し、お電話させていただきます。

【患者様基本情報】

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日・年齢	大・昭・平・令 年 月 日 歳		
現住所	〒 - -		
電話番号	TEL - -		

* 労災・交通事故等の場合はその旨をお知らせ下さい

* 地域医療連携室 FAX受付時間 午前9:00～午後4:30まで(月曜日から金曜日)※土、日、祝日を除く

* 折り返し、「診療予約票」をFAX致します。患者様にお渡し下さい。

* 上記の受付時間外にFAXを送信された場合の対応は、翌診療日になりますのでご了承下さい。

* ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

* 初診受付時間 午前9:00～11:30 午後1:30～3:30

日本歯科大学新潟病院 地域医療連携室 TEL:025-211-8228/8257(直通)

(2024年4月版)