

# FAX 連絡用紙 I

宛先

FAX 025-267-2323

日本歯科大学 医科病院

外来予約係

発信元 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

要件

## 外来診察

(必要項目を○で囲って下さい)

送信紙数 本頁を含め \_\_\_\_\_ 枚

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男性・女性)

別紙による診療情報提供 1. 有り 2. なし

保険証コピー 1. 有り 2. なし

臨床診断または主症状

---

---

---

ご紹介の目的

---

---

希望事項 該当数字を○で囲い ( ) 内に記入して下さい

### 1) 外来診察

受診診療科 1. 内科 2. 外科

優先事項 1. 診察医指定 ( \_\_\_\_\_ 医師)

2. 受診日指定 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

3. 早期受診

### 2) 特記事項

---

---