



荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

平成 年 月 日

- ・FAX予約は平日の17:00まで受付した分で、それ以後は翌日のお返事となります。
- ・当日の診療予約はお受けできませんのでご了承下さい。
- ・緊急性のある場合は直ちに受診させて下さい。

医療機関名 _____

医師名 _____

当院ID番号

電話 _____ FAX _____

◎太線の枠の中をご記入下さい。

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明・大・昭・平		
				年	月	日 (才)
住所						(電話 _____)
宛先	歯科口腔外科				先生	
依頼内容	1. 目的	① 抜歯				
		② その他		[]		
	2. 病状(簡単に)	[]		[]		
	3. 荘内病院受診歴	有	無			
	4. 受診当日の抜歯希望の有無	有	無			
□早目受診希望 受診希望日 (火金不可)	第1希望日	月	日 ()	・第2希望日	月	日 ()
	第3	月	日 ()	・第4	月	日 ()
	第5	月	日 ()			

ご紹介ありがとうございました。下記のとおり受診日を予約しました。

紹介予約票

月	日 ()	AM	:
		PM	
受診科	歯科口腔外科	担当医師	医師
備考			

- ・受診の際は、紹介状・予約票・保険証・当院受診券(ある場合)をご持参下さい。
- ・予約した診療科の受付に直接おいで下さい。
- ・現在服用中の薬があれば、ご持参またはお薬手帳をお持ち下さい。
- ・お越しの際は、どうぞ、お気をつけておいで下さい。

荘内病院 地域医療連携室

- ・電話 26-5155(直通) 内線 6200
- ・FAX 26-5156(直通)