



荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

令和 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・令	
				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	FAX予約時の患者さんの2日前からの体調		
		② その他 [ ]	・37度以上の発熱 ( 有り・無し )		
	2. 病状(簡単に) [ ]	・呼吸器症状 ( 有り・無し )			
		・味、においがしない( 有り・無し )			
	3. 荘内病院受診歴	有	無	2週間以内に海外へいきましたか。	
	4. 受診当日の抜歯希望の有無	有	無	・ご本人 (行った・行かない)	
				・同居家族 (行った・行かない)	
				受診に付き添われる方(有り・無し)	
				付き添われる方の上記の状況	
				( 有り・無し ) 状況 ( )	
□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
	第3		月	日 ( )	・第4
	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)