

FAX 連絡用紙 I (外来診察予約)

令和 年 月 日

送 信 先	日本歯科大学医科病院 地域医療連携室 FAX : 025-267-1670 (直通) TEL : 025-211-8257 (直通)
-------	--

送 信 元	病院・医院	科
	医師名	先生
	FAX	TEL

診療情報提供	有 ・ 無	
臨床診断 または主症状		
ご紹介の目的		
受診診療科	内科 ・ 外科	
優先事項	<input type="checkbox"/> 診察医指定	医師
	<input type="checkbox"/> 受診日指定	第1希望 月 日 (曜日)
		第2希望 月 日 (曜日)
	<input type="checkbox"/> 早期受診	

患者基本情報	フリガナ 氏 名	様	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒	
	TEL		
当院受診歴	有 ・ 無		
	受診歴の有る方で診察券番号がお分かりでしたらご記入下さい。		

特記事項	
------	--

※FAX 予約受付時間 月～金曜日(病院休診日除く) 9:00～16:00 まで

※上記の時間外に FAX を送信された場合は、翌診療日での対応となります。予めご了承下さい。