診察申込書（FAX用）

【依頼先】

大阪府済生会千里病院　歯科口腔外科

TEL　06 ― 6871 ― 0121　代表

FAX　06 ― 6871 ― 5915

（患者支援センター）

【依頼元】

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
電話番号	
FAX番号	

※予約票を返信しますのでFAX番号は必ず記載して下さい。

フリガナ		性別	□男 □女	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和 □西暦	
氏名					年　月　日	年齢　歳
診療依頼	□ 診察　□当日抜歯　備考（部位など）					
希望医師	□ あり（　医師）□なし	画像持参	□ あり	□ フィルム □ コピー □ CD-R	□ なし	
当院受診歴	□ あり　ID（　）　□ なし					
受診希望日	希望日 都合の悪い日					

※抜歯希望の方で抗凝固剤・糖尿病関連薬・骨粗鬆症関連薬を服用中の方は必ず一度診察を受けて下さい。

※未成年（19歳以下）の方は、保護者の同意、同伴が必要となります。

※抜歯の場合、診察結果によっては当日できない場合があります。

※既応症等で、かかりつけ医への問い合わせがあれば、同封して頂ければ幸いです。

紹介先機関で継続的に精査または加療する場合に返書を希望しますか

□　希望する　　□　希望しない

予約票

予約日時　令和　年　月　日（　曜日）　時　分　医師

□ **診察（当日は診察のみ、抜歯などの処置は行いません）**

□ **当日抜歯（診察結果によっては当日抜歯できない場合があります）**

当日はこの用紙（予約票）、診療情報提供書（紹介状）、お薬手帳（服薬内容の分かるもの）と保険証等をご持参のうえ予約時間の20分前（CD-Rを持参される場合は30分前）までに患者支援センター紹介状受付にお越し下さい。（土曜日は地下1階の救急受付にお越し下さい）