

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

FAX 06-6871-5915

（患者支援センター）

【依頼元】

医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	

※予約票を返信しますのでFAX番号は必ず記載して下さい。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日（才）
氏名							
診療依頼	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 当日抜歯 備考（部位など）						
希望医師	<input type="checkbox"/> あり（ 医師） <input type="checkbox"/> なし	画像持参	<input type="checkbox"/> あり	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> <input type="checkbox"/>フィルム <input type="checkbox"/>コピー <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>CD-R </div>			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり（ID： ） <input type="checkbox"/> 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。

予約票

予約日時 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）