

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
氏名					年 月 日 (才)
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	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> コピー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CD-R	
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)