

神戸市立西神戸医療センター予約申込書・診療情報提供書（紹介状 歯科用）

FAX送信先：078-993-3712 患者支援センター 地域予約受付

お問い合わせ：電話：078-993-3714

令和 年 月 日

神戸市立西神戸医療センター 御中
 歯科口腔外科

先生 名称
 住所 〒
 医師名：
 電話：
 FAX：

フリガナ 患者氏名	() 男・女	神戸市立西神戸医療センター受診歴 1 有 (ID.No.) 2 無	
旧姓(フリガナ)	() ※登録確認に必要なのでできる限り記載してください。		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
住 所	〒 - 電話：(自宅) - - (連絡先) - -		
診 断 名		主訴	
紹介目的	1 診断・治療 2 抜 歯 (初診日は抜歯できませんのでご注意ください) 3 処 置 4 その他 ()	初診日 年 月 日 部 位	
予約希望日	第1希望 (月 日 / 曜日)	第2希望 (月 日 / 曜日)	
主 保 険	保険者番号	被保険者名	併用 保 険 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	記号 番号		
患者様予約回答待ち状況 <input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 入院中受診 <input type="checkbox"/> 月 日退院後受診) <input type="checkbox"/> 帰宅して連絡待ち			

**※予約を急がれる場合は上欄までご記入のうえFAX送信して頂き、後ほど下欄の診療経過等をお知らせください。
 (下欄の診療経過は申込日のうちに再度 FAXして頂くようお願い致します。)**

予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 外来予約申込済み
①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥家族歴 ⑦その他 (<input type="checkbox"/> 別紙参照)	

注1) 必要に応じて検査データなどを添付してください。
 注2) 貴院のご紹介状をお使い頂く場合は、太枠内の必要事項を記載して頂き、別紙参照にチェックを入れて送信してください。
 注3) 医師の指名がない場合は、部長名ではなく「担当医」宛でお願いします。

当院使用欄 (記入しないでください)
 患者番号： 予約日時： 年 月 日 : 科 先生