



東北大学病院

FAX番号022(717)7132

FAX送信票/東北大学病院 歯科部門 診療予約申込書

送信日 平成 年 月 日

【送信元】

【送信先】東北大学病院 地域医療連携センター
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1番1号
TEL:022(717)7131(地域連携直通)
FAX:022(717)7132(地域連携直通)

医療機関名:
所在地:
電話番号:
FAX番号:
医師氏名:
(連絡担当者:)

色付きの診療科は完全予約制

※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日含む)のお申込みについては、原則として翌診療日の対応となります。

※ 再診予約及び救急や入院を要する患者さんにつきましては、この申込書を使用せず直接該当診療科にお問合せください。

【患者情報】

フリガナ
氏名(旧姓)
性別 男・女
生年月日
大正昭和平成
住所
電話
携帯電話
傷病名(主訴)紹介目的
Q. 当院受診時に入院中ですか はい・いいえ

【保険情報】 ※保険証等の写しを添付いただいた場合は記載不要です。 保険情報添付 有 無
被保険者証(国保・社保・その他)

保険者番号
記号・番号
被保険者氏名
本人家族
負担割合
1・2・3割負担

後期高齢者医療受給者証

公費負担医療受給者証

保険者番号
被保険者番号
負担割合
1・3割負担
公費負担番号
公費受給者番号

【受診希望診療科】・・・受診する診療科のコードナンバーに○をつけてください
診療科が不明の場合は、口腔診断科(811-1)に○をつけてください。

(H29.7更新)

Table with columns: コードNo, 科名, 受診療付日約. Rows include 801-805, 811-1, 811-2, 813-1, 813-2, 813-3, 814, 821, 835, 822, 823, 834, 836, 881, 841, 861, 871, 891.

注)上記の表に記載されている曜日は診療予約受付日ですので、新患日とは異なる場合がございます。

【受診希望日】 希望日なし(いつでも可) ※最短の日時でご予約をお取りします。

◎第1希望 月 日()
◎第2希望 月 日()
◎第3希望 月 日()

※811-2口腔診断科(CT/CBCT)ご希望の方は下記の記入をお願いします。(30分ほどをめやすにご連絡いたします。)

依頼検査種別 CT・コーンビームCT・どちらでも (コーンビームCTは午後からの撮影となります。)
撮影目的 インプラント(上顎・下顎・上下顎)・その他()
女性の場合 妊娠 なし・あり (週)

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当院の診療以外の目的で使用することはありません。