



東北大学病院  
送信日 平成 年 月 日

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(直通)  
FAX:022(717)7132(直通)

【送信元】

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い合わせください。

【患者情報】

フリガナ						※お間違えのないようご記入ください。			
氏名 (旧姓: )	様	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	歳
住所	〒 ー								
電話	( )	東北大 受診歴		無	有	( 医科 科 )			
携帯電話	( )					( 歯科 科 )			
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 「はい」の場合 → 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。									

【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		本人 家族	負担割合	1・2・3割負担
記号・番号				
被保険者氏名				

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		負担割合	1・3割負担	公費負担番号	
被保険者番号				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。

(H30.11更新)

コード No	801	802	803	804	805	811-1	811-2	813-1	813-2	813-3	814	821	835	822	823	834	836	881	841	861	871	891			
科名	予防歯科	矯正歯科	小児歯科	咬合機能成育室	歯科インプラントセンター	口腔診断科	★下記※欄も記入願います	口腔診断科(CT/CBCT)	(抜歯・小手術)	(顎関節・口腔外科)	(顎顔面痛)	(その他)	歯科顎口腔外科	歯科麻酔疼痛管理科	歯内療法科	歯周病科	保存修復科	咬合修復科	咬合回復科	口腔機能回復科	高齢者歯科治療部	総合歯科診療部	顎口腔機能治療部	障害者歯科治療部	顎顔面口腔再建治療部
受診 療付 日約	月・木	月・金	月・金	月	月・金	月・金	月・金	月・金	木・月・水	月・金	木・火・金	※月・火・木のみは奇数日	※月・水・金のみは偶数日	火・金	月・木	月・水・金	月・金	月・金	火	火・水・金	火・水・金	火・木			

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もお願いします。(30分ほどをめやすにご連絡いたします。)

依頼検査種別	CT ・ コンビームCT ・ どちらでも (コンビーム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。