



東北大学病院
送信日 令和 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
予約専用フリーダイヤル:0120-201273
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
氏名(旧姓) 様 性別 男・女 生年月日 大正・昭和 平成・令和 ※お間違えのないようご記入ください。
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。

【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。

(令和2年4月更新)

コードNo	801	802	803	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	歯科インプラントセンター	口腔診断科	★口腔診断科(CT/CBCT) ★下記※欄も記入願います	(抜歯・顎小手術)	(顎関節・口腔外科)	(その他)	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
受診療付予日約	月・木	月・金	月・金	月・金	月・金	月・金	月・金	月・水	月・金	火・木・金	※月・火・木のみの奇数日	※月・水・金のみの偶数日	火・金	月・木	月・水・金	月・金	火・水	火・水	火・水・金	火・木	

※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。

《下記にチェックをお願いします》

フリーダイヤルにて予約確定済 予約日時: 月 日 () :
 フリーダイヤルにて予約なし

※フリーダイヤルにて予約日時が決定していない場合は下記の受診希望日をご記入ください。

【受診希望日】 申込日の翌日の予約でも可 希望日なし(いつでも可※最短の日時でご予約)

◎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 ・ コーンビームCT ・ どちらでも (コンビームCTは午後のみ撮影となります。)
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)