



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:)

【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)

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) 性別 男・女 生年月日 大正・昭和 平成・令和 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 「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5月更新)

Table with columns for code number, department name, and appointment days. Includes departments like 予防歯科, 矯正歯科, 小児歯科, etc.

※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》

Free dial form with checkboxes for '予約確定済' and '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。

希望日 form with checkboxes for '申込日の翌日の予約でも可' and '希望日なし'.

※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。)

Table for CT/CBCT preferences including '依頼検査種別', '撮影目的', and '女性の場合'.