



FAX番号

022(717)7132

FAX送信票/東北大学病院歯科インプラントセンター診療予約申込書

【送信先】送信日 平成 年 月 日
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:
所在地:
電話番号:
FAX番号:
医師氏名:

- * 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。
* 救急患者さまにつきましては、この申し込みを使用せず、直接該当診療科にお問い合わせください。

【ご紹介患者様情報】

Table with patient information: フリガナ, 氏名, 住所, 性別, 男・女, 生年月日, 明治・大正・昭和・平成, 電話, 携帯番号, 東北大学受診歴, 無・有, 医科 科, 歯科 科, 傷病名(主訴)紹介目的

【受診希望内容】…… 受診希望内容に○をつけて下さい。

Table with 2 columns: 診療内容, 診療予約受付日. Rows include: インプラント手術(関連手術含む)+上部構造作製+メンテナンス, インプラント手術(関連手術含む)+上部構造作製, インプラント手術(関連手術含む), 上部構造作製, メンテナンス, 骨増生のみ, インプラント周囲炎、インプラント除去

【受診希望日】

Table for appointment dates: ◎第1希望, ◎第2希望, ◎第3希望. Columns: 月 日 (曜日), (:)

* 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しようすることはありません。