



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

東北大学病院
送信日 令和 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

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, 性別, 生年月日, 住所, 電話, 携帯電話, 傷病名, Q. 当院受診時に入院中ですか

【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、総合歯科診療部(12)に○をつけてください。

(令和3年5月更新)

Table with 19 columns (Code No, 1-19) and 2 rows (Department Name, Appointment Date). Includes departments like 小児歯科, 矯正歯科, 口腔支持療法科, 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》

Form with checkboxes for '予約確定済' and '予約なし', and fields for '予約日時'.

※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)

Form for entering preferred dates: ◎第1希望, ◎第2希望, ◎第3希望.

★顎口腔画像診断科にCT/CBCT撮影を依頼される方は下記の記入をお願いします。(30分程をめやすに折り返しご連絡いたします。)

Form for CT/CBCT imaging details: 依頼検査種別, 撮影目的, 女性の場合.