



東北大学病院

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】

送信日 年 月 日

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

- ※ 救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず該当診療科または地域医療連携センターにお問い合わせください。
- ※ 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。
- ※ 再診予約及び入院を要する患者さんにつきましては、直接該当診療科にお問い合わせください。

【患者情報】※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。



MMWIN
共通ID

※共通IDをお持ちの患者さんにご記入ください

フリガナ		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。
氏名 (旧姓：)	様					年 月 日 歳
住所	〒 国 籍：日本 / 日本以外()※当院は、外国籍かつ保険証をお持ちで無い方は1点30円となります					
電話	※必ず連絡がつく番号をご記入ください。 ()		東北大 受診歴	無 ・ 有	(医科 歯科)	
携帯電話	※必ず連絡がつく番号をご記入ください。 ()					
傷病名(主 訴)紹介目的						
Q. 当院での治療終了後、逆紹介させていただきますのでフォローをお願いできますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
Q. 当院受診時に入院中ですか <input type="checkbox"/> はい(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、(12)総合歯科診療部に○をつけてください。

(2025年5月更新)

コード No	1	2	3	4-1	4-2	5-1	5-2	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-1	18-2	19
科 名	小児 歯科	矯正 歯科	口腔 支持療法 科 (口臭 外来)	顎口 腔画像 診断科	顎口 腔画像 診断科 (CT/CBCT) ※下記★ 欄 画像検査と診断専用	歯科 顎口腔 外科 (拔牙・ 小手術)	歯科 顎口腔 外科 (その他)	歯科 麻酔 疼痛 管理科	歯 内療 法科	咬 合修 復科	咬 合回 復科	歯 周病 科	口 腔機 能回 復科	総 合歯 科診 療部	顎口 腔機 能治 療部	障 がい 者歯 科治 療部	周 術期 口腔 健康 管理部	顎 顔面 口腔 再建 治療 部	歯 科イ ンプ ラント センタ ー	口腔 内科・ リエ ゾン センタ ー (口腔 粘膜 疾患・ その他)	口腔 内科・ リエ ゾン センタ ー (顎関 節症・ 口腔 顔面 痛)	嚥 下治 療セ ンタ ー・ 歯科
受診 療 付 予 日約	月 金	月 金	火	月 金	月 金	月 金	月 金	月・ 火・ 金	※月 は偶 日の み 月・ 水・ 金	火・ 金	月・ 木	※月 は奇 日の み 月・ 火・ 木	水	月 金	火・ 水	火・ 水・ 金	火・ 水	火・ 木	金 (月・ 火・ 木 午前)	月 金	水・ 月・ 火・ 木	※第 2・ 第 4 金

※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＞

<input type="checkbox"/> 電話にて予約確定済	予約日時： 月 日 () :
<input type="checkbox"/> 電話にて予約なし	

※電話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 () (:)
-------	------------------	-------	------------------	-------	------------------

★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もお願いします。(30分程をめやすに折り返しご連絡いたします。)

右記ご了承下さい	4-2顎口腔画像診断科(CT/CBCT)紹介は、CTを予約撮像して1回の来院で終了(CTデータと画像診断レポートを後日返送)となります。 ※加療を含む画像診断のご依頼は4-1の枠にてお申し込み下さい。		
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)		