



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。



※共通IDをお持ちの患者さんにご記入ください

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
住所 国籍:日本/日本以外
電話 ※必ず連絡がつく番号をご記入ください。
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
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、(12)総合歯科診療部に○をつけてください。

(2026年4月更新)

Table with 19 columns for dental departments and their appointment days. 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。

※7.歯内療法科について、2025年12月より完全予約制となります。

≪下記にチェックをお願いします≫

電話にて予約確定済 予約日時: 月 日 ( ) :
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。)

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