



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はご記入ください

Form with fields for name, gender, birth date, address, phone, and medical history. Includes checkboxes for follow-up and hospital admission.

【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6月更新)

Table with 19 columns for different dental departments and their appointment days. Includes a note about weekends.

※ 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 '電話にて予約確定済' and '電話にて予約なし', including a field for appointment date and time.

※ 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)

Form for entering preferred dates for treatment, with fields for 1st, 2nd, and 3rd preferences.

★ 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 with details for CT/CBCT imaging, including purpose and patient status (pregnant or not).