

【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
予約専用フリーダイヤル:0120-201273
TEL:022(717)7131(直通)
FAX:022(717)7132(直通)

【送信元】

送信日 令和 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。



MMWIN
共通ID

※共通IDをお持ちの患者さんはご記入ください

【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。

フリガナ						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	性別	男・女	生年月日	年	月	日	歳	
住所	〒 ー						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。 ()		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。

(令和4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	※下記★欄も記入願います (CT/CBCT)	顎口腔画像診断科	(抜歯・小手術) (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	他	口腔内科・リエゾンセン	痛	嚥下治療センター・歯科
受診療予日約	月々金	月々金	火	月々金	月々金	月々金	月々金	火・木・金	※月・水・金のみのみ	火・金	月・木	※月・火・木のみのみ	水	月々金	火・水	火・水・金	火・水	火・木	月々金	月々金	木・月・水	※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」

フリーダイヤルにて予約確定済 予約日時: 月 日 () :

フリーダイヤルにて予約なし

※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

ご希望日なし(いつでも可※最短の日時ご予約)

◎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。)

依頼検査種別	CT ・ コーンビームCT ・ どちらでも	(コーンビームCTは午後のみ撮影となります。)
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)