

# 歯科診察予約依頼書 記入例

平成 年 月 日

## 歯科・歯科口腔外科用 診療情報提供書(診察予約依頼書)

紹介先：半田市立半田病院  
 受診申込科： 歯科・歯科口腔外科  
 希望医師名： 先生御侍史

紹介元  
 医療機関名  
 住所  
 医師名  
 TEL  
 FAX

紹介元医療機関名、医師名は正式名称で忘れずにご記入ください。

紹介目的  
 抜  
 その他【

紹介目的によっては、担当医師が限られる場合があります。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	(旧姓) 既婚の若い女性など旧姓がある場合は、お知らせいただけると幸いです。	男・女	年 月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
・半田病院の受診歴はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 登録者 ( ) ・現在入院中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診時は？ 退院後 <input type="checkbox"/> 入院中			
★症状・経過・薬剤アレルギーなどを簡単にお知らせください。			

氏名や生年月日などの各項目は当院での受診歴を調べる上でとても重要な情報です。正確なご記入をお願いします。

おおまかな傷病名・紹介目的をご記入ください。この診察予約依頼書と併せて紹介状をFAXしていただいても構いません。

予約希望日  
 指定日： 第 月 日 ( )  
 1週間以内の 週間以上先でも可能

保険情報は最新の情報を正確にご記入ください。紹介時に確認できない場合は、当院受診時に確認いたしますが、その場合は受

※緊急性がある場合や、予約状況の確認については、地域医療連携室までご連絡を下さい。  
 ※転院の依頼は、直接診療科の医師へ連絡を下さい。

### 保険情報

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証	記号	公費負担医療の 受給者番号	
	番号		
被保険者手帳	資格取得	公費負担 前(後)	公費負担により、負担割合が0割になる場合でも、いずれかの項目に
	有効期限		
被保険者氏名 (世帯主名)		一部負担割合	割
保険別		公費負担別	
健本	健家	国本	国家
退本	退家	後高	生保
自賠	自費	10	15
		16	19
		21	51
		52	54
		81	82
		83	85
		89	後福

H29.11

病診予約受付時間 (FAX予約)  
 平日 8時30分～19時  
 土曜日 9時～13時

地域医療連携室  
 FAX 0569-24-3254  
 電話 0569-22-9881 (内線1151)