# 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　　紹介元　　年　　月　　日

受診申込科：歯科・歯科口腔外科

希望医師名：　　先生御侍史

紹介目的：該当項目に〇印をつけて下さい。
抜歯　顎関節症　のう胞　腫瘍
その他【　　】

医療機関名
住所
医師名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

| フリガナ | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | (旧姓　　) | 男・女 | 年　月　日（　　歳） |
| 住所 | | 電話番号 | |

予約希望日

☐ 指定日：第一希望　　月　　日（　）　第二希望　　月　　日（　）
第三希望　　月　　日（　）　第四希望　　月　　日（　）

☐１週間以内の予約　☐２週間以内の予約　☐２週間以上先でも可能

・半田病院の受診歴はありますか？　☐ なし　☐ あり　登録番号（　　）
・現在入院中ですか？　☐ いいえ　☐ はい → 受診時は？　☐ 退院後　☐ 入院中

| 保険種別 | | | | | | | | | | | 公費負担別 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 健本 | 健家 | 国本 | 国家 | 退本 | 退家 | 後高 | 生保 | 労災 | 自賠 | 自費 | 結核 | 更生 | 育成 | 原爆 | 精神 | 特定 | 小慢 | 特定 | 子供 | 障害 | 母子 | 精神 | 後福 |

***＊診察予約・乳腺外来希望の方は、こちらをご記入下さい＊***

★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。

※緊急性がある場合や、予約状況の確認については、患者サポートセンター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。

2021年1月

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

患者サポートセンター
ＦＡＸ　0569-24-3254
電話　0569-22-9881（内線1151）