

申込日 (FAX送信日) : 平成 年 月 日

歯科 外来

初診予約申込書

九州大学病院 歯科総合予診 行
FAX : 092-642-5509

紹介元医療機関
医療機関名 :
住 所 :
診療科名 :
医 師 名 :
電 話 番 号 : — —
F A X 番 号 : — —

受付時間
平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)
9:00~17:00 (FAXは24時間受付)
(17:00以降のFAX受診は翌営業日受付になります。)

[予約申込担当者が別にいる場合] 担 当 者 名 :

【患者記入欄】

現在の状況	紹介元医療機関において <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	九州大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
フリガナ			性 別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏 名	(旧姓)		生年月日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 () 歳
住 所	〒 — —		
電話番号	自宅 — — 携帯 — —	勤務先 — — その他 — —	
受診希望日	第1 : 平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望 第2 : 平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 第3 : 平成 年 月 日 () ()		

【紹介元医療機関記入欄】

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。(※診療科名が不明な場合は、ホームページをご参照下さい。)

診療科	<input type="checkbox"/> 歯科総合予診	<input type="checkbox"/> 咬合補綴科	<input type="checkbox"/> 再生歯科・インプラントセンター
	<input type="checkbox"/> 小児歯科・スペシャルニーズ歯科	<input type="checkbox"/> 顎顔面口腔外科	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 歯科麻酔科	
	<input type="checkbox"/> 歯内治療科	<input type="checkbox"/> 口腔画像診断科	
	<input type="checkbox"/> 歯周病科	<input type="checkbox"/> 口腔総合診療科	
	<input type="checkbox"/> 義歯補綴科	<input type="checkbox"/> 高齢者歯科・全身管理歯科	
医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。 先生	本院の 担当医師への 事前連絡状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 先生に連絡済
連絡事項等			

※ 顎顔面口腔外科の即日抜歯を希望される場合
原則として健康で、炎症所見や全身疾患などがみられない患者さんに限ります。また、担当医および手術器具の手配のため、3日前までにご予約願います。
※ 口腔画像診断科の場合、092-642-6471にお電話下さい。
※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。

【九州大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診診療科名 _____ 担当医又は専門分野等 _____
受診決定日時 平成 年 月 日 () _____ 時 分 ~ _____ 時 分