

口腔外科専門外来用 病診連携受診申込書

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

紹介医御芳名

連絡先

TEL

FAX

フリガナ				連絡先電話番号
紹介患者氏名	おわかりになれば(清水病院ID -)			()
生年月日/性別	T・S・H・R 年 月 日 (男・女)			
住 所	〒			
受診歴 (*記入不要)	無 ・ 有	最終受診歴 (*記入不要)	年 月 日	
希望医師	無 ・ 有 (先生)			
希望外来	顎関節症・口腔顔面痛・顎変形症・インプラント関連 いずれかに○をつけてください。			
特記事項				

こちらの「口腔外科用専門外来 病診連携受診申込書」と「紹介状」は
口腔外科外来へお渡ししておきます。

※患者さまご本人から、口腔外科外来受付へ直接電話にて予約をお取りください。
予約受付時間 月曜日～金曜日 午後1:30～4:00 TEL:054－336－1111(代表)
予約連絡票などは、ございませんのでご了承ください。