

F A X 予約申込書・診療情報提供書（歯科用）

神戸市立医療センター中央市民病院患者総合支援センター FAX078-302-2251 TEL078-302-6031

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院
歯科・歯科口腔外科

紹介元医療機関
名 称：
住 所 〒

先生宛

医師名：

電 話：() -

F A X：() -

フリガナ 患者氏名 (旧姓)	() 男・女	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号()	
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 電話：自宅 () - 連絡先 () -		
診 断 名		主訴	
紹介目的	1 診断・治療 初診日 年 月 日 2 抜歯 3 処置 部 位 4 その他 () ()		
予約希望日	第 1 (月 日 / 曜日)	第 2 (月 日 / 曜日)	
来院方法	☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー（乗り換え不要） ☐ ストレッチャー（乗り換え必要） ※ストレッチャーの場合、本館 1 階守衛室にお声がけいただき、2 階までお越しく下さい。		
付き添い	☐ 家族 ☐ その他 ()		
必要な 医療ケア	☐ 吸引 ☐ 酸素 ☐ 気切 ☐ その他 () ※酸素が必要な場合酸素待合コーナーでお待ちいただけます。スタッフにお声掛け下さい。 ※ケアに必要な物品はご持参ください。		

※予約を急がれる場合は上欄をご記入のうえFAX送信して頂き、後ほど下欄の診療経過等をお知らせください。

予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。	☐ 外来予約申込済み
【病状経過、治療経過、既往歴、および家族歴 など】	
【現在の処方】	

注 1) 必要に応じて検査データなどを添付してください。

注 2) 貴院のご紹介状に必要事項を記載できる場合は、貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません。

注 3) 医師の指名が無い場合は、部長名ではなく「担当医」宛でお願いします。