

FAX 予約申込書・診療情報提供書（紹介状__歯科用）

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

名 称
住 所 〒
先生 医師名：
電 話：() -
FAX：()

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	年	月 日生 (歳)
住 所	〒 電話：自宅 () - 連絡先 () -		
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】	【記号】
	公費負担等	【公費負担番号】	【公費受給者番号】
	公費負担等	【公費負担番号】	【公費受給者番号】
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)	

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋(写)のFAXでも構いません)

※予約を急がれる場合は上欄までご記入のうえ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。	<input type="checkbox"/> 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。

神戸市立医療センター中央市民病院 地域医療連携センター
FAX078-302-2251 TEL078-302-6031