

◇歯科・歯科口腔外科 外来診療申込について◇

電話にて予約受付しております。

予約取得後、この用紙に必要事項を記載していただきFAXして下さい。

電話 072-823-1521 (代表) FAX 072-823-2383 (直)

【受付時間】 平日 9:00~16:30 土曜日 9:00~11:30

※FAX 用紙のみでの受付はしておりません

～ 小松病院 歯科・歯科口腔外科用 診療情報提供書 ～

希望医師名：

先生御侍史

紹介元医療機関 所在地・名称

電話

FAX

医師名

送信担当者

フリガナ	男 女	生年月日
患者氏名 (旧姓)		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所 〒	小松病院受診歴：有 ・ 無 有の場合 診察券IDコード ()	
TEL	現在入院中の患者様ですか？ はい ・ いいえ	
紹介目的：該当項目に○印をつけてください 抜歯 ・ 顎関節症 ・ のう胞 ・ 腫瘍 ・ 点滴等の消炎 ・ その他【 】		
★病状・経過・既往歴・薬剤アレルギーなどを簡単にお知らせください。		

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
資格取得									
有効期限									
負担区分	1割 ・ 2割 ・ 3割								
被保険者氏名 (世帯主名)									
続柄	本人 ・ 家族								

■公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									
資格取得									
有効期限									