府中恵仁会病院
ＦＡＸ予約申込書・診療情報提供書（紹介状＿歯科用）

ＦＡＸ送信先：０４２－３６５－１２１３　地域医療推進課

お問い合わせは，電話：０４２－３６５－１６０３までお願いします。

平成　　年　　月　　日

府中恵仁会病院
歯科口腔外科

名　称
住　所　〒
先生　　医師名：
電　話：(　　)　　－
ＦＡＸ：(　　)

フリガナ ご紹介 患者氏名	(　　) 男・女	府中恵仁会病院に受診歴があって患者番号がわかる場合は (　　)	
生年月日	明・大・昭・平　　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）	

※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。	**□ 外来予約申込済み**

診療経過・病状

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。