

口腔外科診療申込書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

医療機関名		電話番号	
医師名	印	FAX番号	
住所			

患者情報

(フリガナ) 患者氏名		性別	男	女
		生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日生
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

予約内容 ※診療情報提供書を別に発行される場合は事前のFAXの上、
原本は患者様にお渡し頂きますようお願いいたします。

診断名	
-----	--

診療情報 【別紙にて診療情報提供書（あり・なし）別紙にて処方録（あり・なし）】

病状、既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等(紹介理由)
※※別紙にて【診療情報提供書】をFAX添付いただく場合は記載不要です※※

予約希望日

1、第1希望 月 日 2、第2希望 月 日 3、いつでも良い

送迎 必要→(ストレッチャー ・ 車椅子 ・ 独歩(座位保持可能)) 不要

耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室

* 緊急時は下記にお電話にてご相談下さい。

受付時間 8:30～20:00【月～金】 8:30～13:00【土】 祝日休み

いくわ みみはら

TEL 0120-198-338 FAX 072-241-0208 (24時間稼働、時間外受付分は次営業日に対応いたします。)