外来診療予約申込書　（歯科）

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 送 信 先 | 新潟大学医歯学総合病院  患者総合サポートセンター　予約センター（℡：０２５－２２７－０３７４）  （〒９５１－８５２０　新潟市中央区旭町通１番町７５４番地）  ***FAX番号：０２５－２２７－０９８４***（受付時間：９：００～１6：００） |

※　下記の所要事項をご記入の上，紹介状と併せてFAX送信をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご依頼元** | 医療機関名  診療科・医師名  FAX・電話番号 | （ご連絡担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的等 | ※紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。 |
| **ご紹介**  **患者様** | ふりがな  氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　-  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　） |
| 当院の受診歴 | 当院の受診歴がありますか？　　　　□はい　□いいえ  　（当院の登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **予約希望** | 受診希望診療科 | 口腔外科　　（受診を希望する診療科にチェックしてください）  □　口腔再建外科　　□　顎顔面口腔外科　　□どちらでもよい |
| 受診希望日 | 1. 年　　　月　　　日（　　　　曜日） 2. 年　　　月　　　日（　　　　曜日） 3. いつでもよい |