**外来診療予約申込書（歯科）**

**＜紹介状と併せてFAX送信をお願いします＞**

**<急患は、FAXではお受けできません。診療科に直接ご相談下さい>**

　　　年　　　月　　　日

**※下記以外の診療科の受診ご希望の場合は、**

**直接“歯科外来”へお問い合わせください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 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）***FAX番号：０２５－２２７－０９８４***（受付時間：９：００～１6：００） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |
| **ご紹介****患者様** | ふりがな氏名 | （旧姓　　　　　　　　　）　男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　-　　　　　　　　　　　（旧住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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
 |

　Ｒ5.5改