

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＞

※下記以外の診療科の受診ご希望の場合は、

年 月 日

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 (Tel:025-227-0374) <u>FAX番号:025-227-0984</u> (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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 口腔再建外科 <input type="checkbox"/> 顎顔面口腔外科 <input type="checkbox"/> 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