

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 〉

年 月 日

※ 急患および口腔外科以外の診療科を受診希望の場合は、
FAXではお受けできません。診療科に直接ご相談ください。

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／TEL025-227-0374	FAX 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：)	
ご 紹 介 患 者 様	ふ り が な		男 ・ 女
	氏 名	(旧姓)	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	
	住 所	〒 - (旧住所)	
	電 話 番 号	自宅 () ・ 携帯 ()	
	当院の受診歴	当院の受診歴がありますか？ ☐ はい (ID :) ☐ いいえ	
予約希望	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	

R8.5改

※書式は病院ホームページよりダウンロードし作成ください。
(<https://www.nuh.niigata-u.ac.jp/institution/>)