

新須磨病院患者予約用紙

FAX 078-735-0004

依頼日	年 月 日
医療機関	
ふりがな 患者様氏名	
生年月日	年 月 日
希望医師	特になし ・ 医師 指名
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
希望受診日	年 月 日 () 年 月 日 ()
紹介目的	検査 (CT・MRI)、 智歯抜歯 (即日抜歯希望 有・無)、顎関節症 有病者歯科治療、その他 ()

※通常の診察は午前中、即日抜歯ご希望の場合は午後(13:30)からの予約となります

※受診の際は別途、診療情報提供書の作成のほどお願いいたします。

(返信用)

TEL ()

FAX ()

先生御侍史

医師と相談したところ下記の結果となりました。

月 日 () 時

歯科口腔外科 医師診を予約させていただきました。

お手数ですが、下記用紙を患者様へお渡しく下さい。

予約票

(患者様用)

様

月 日 () 時

歯科口腔外科 医師診を予約させていただきました。

この用紙を外来 1F 受付で提出して下さい。

予約をしても診療状況によりお待ちいただく可能性がありますので、ご了承下さい。

健康保険者証・公費負担受給者証・医師の紹介状 (診療情報提供書) と当院に受診歴のある方は診察券を持参して下さい。

医療法人社団 慈恵会 新須磨病院 (歯科口腔外科)

神戸市須磨区衣掛町 3 丁目 1-14

TEL (078) 735-0001 (代)

FAX (078) 735-0004