

歯科口腔外科 診察予約申込書

近畿大学病院 予約センター(地域連携課) 行

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

TEL

FAX

担当科名

医師氏名

 外来患者 (待機中 ・ 帰宅) ・ 入院患者

医療保険

公的保険証の所持

: 有 無 生活保護

① 予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

② 予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

③ 予約希望日時 令和 年 月 日 () 時 分頃

 希望日なし 都合の悪い日 ()

紹介目的 精査・加療・入院・転医・手術・その他 ()

病名 抜歯依頼 顎関節症 急性炎症 外傷 腫瘍(疑い含む) その他 ()

患者氏名 (フリガナ) 男・女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 生まれ (歳)

住所 〒

自宅電話

携帯電話

近畿大学病院での受診歴 有 ・ 無 ・ 不明 ID番号

- (注) ・本紙と一緒に「診療情報提供書」をFAX送信願します。また、当日は原本を必ず持参ください。
・日時や医師などご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。
・FAX申し込み受付時間:平日 9:00~20:00 土曜 9:00~12:00
・FAXは24時間稼働しておりますが、上記時間以降のお申し込みは翌営業日の対応となります。

近畿大学病院 予約センター(地域連携課)

TEL:072-288-6236(直通) FAX:072-298-1650(直通)