年　月　日

【予約歯科用】診療情報提供書(紹介状)

神戸市立医療センター西市民病院

診療科

歯科口腔外科

先生

医療機関名			
所 在 地	〒		
電 話 番 号		FAX番号	
医 師 名	（ 申込担当: ）		

フリガナ		性別	生年月日	和 歴　年　月　日
患者氏名	（旧姓: ）		電話番号（必ず連絡がつく番号）	携帯電話　－　－
当院受診歴	□ 有(ID:)□ 無			ご自宅（　）　－
住 所	〒　－			
紹介目的	□ 1. 診断・治療　□ 2. 抜歯　□ 3. 処置 □ 4. インプラント　□ 5. CT撮影　□ 6. その他（　）			
部 位	初診日　年　月　日			

日時調整先 ①②どちらかを選択	□ ①患　者	□ ②かかりつけ医
	※電話予約案内・予約票をお渡し下さい。 かかりつけ医での日程調整は不要です。電話でのやり取りが困難な患者さんについては、従来通り②を選択してください。	（従来通りの医療機関同士での調整） ※概ね30分以内に予約票を返信します 第1希望（　月　日／　曜日） 第2希望（　月　日／　曜日）

埋状智歯の即日抜歯(40歳未満の方)注	□ 希望する	□ 希望しない
共同治療	□ 希望する	□ 希望しない

注） コロナ2019感染予防のため、当分の間、初診日は診断、同意書のみとし、1週間程度の健康観察期間を設けた上で手術実施予定とさせていただきます。

《病状及び治療の経過、既往歴、家族歴、現在の処方、薬剤アレルギー、患者に対する留意事項など》

□ 詳細は別紙紹介状参照

連絡先	神戸市立医療センター西市民病院　病診連携室 FAX:078-579－1943 ＜受付時間＞月曜日～金曜日:9時00分～19時00分　土曜日:9時00分～13時00分