

【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	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:)			携帯電話	- -
当院受診歴	☐ 有(ID:) ☐ 無	電話番号 (必ず連絡がつく番号)	ご自宅 () -		

住 所	〒 -
-----	-----

紹介目的	☐ 1. 診断・治療 ☐ 2. 抜歯(即日以外) ☐ 3. 抜歯(即日) ※注: 即日抜歯は40歳未満の方のみ ☐ 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 ※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。	☐ ②かかりつけ医 (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)
--------------------------------	---	--

《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
-----	---