

【歯科FAX予約専用】

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院  
 歯科口腔外科

〒

住 所：

先生

医 師 名：

電話番号：

FAX番号：

患 者	フリガナ 氏 名		男・女	旧姓（フリガナ） （登録確認に必要なため可能な範囲で記載してください。）	当 院 受診歴	有・無
	生年月日	年 月 日生（ 歳）				
	住 所	〒				
	電話：自宅	-	-	連絡先：	-	-
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（	初診日 年 月 日		部位	 ----- 	
予約希望日 または曜日	第 1（ 月 日 / 曜日）	第 2（ 月 日 / 曜日）				
埋伏智歯の即日抜歯（40歳未満の方）	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない				
共同治療	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない				
コメント						

※予約を急がれる場合は上欄太枠内をご記入のうえFAX送信（簡単FAX予約）していただき、後ほど下欄を申込日中にお知らせください。

注）新型コロナウイルス感染症感染予防のため、当分の間、初診日は診断、同意書のみとし、2週間程度の健康観察期間を設けたうえで手術実施予定とさせていただきます。

簡単FAX予約済みで下欄の診療情報の追記送信の場合、チェックしてください。	<input type="checkbox"/> FAX予約済み
(主訴、現病歴、処方など)	

注) 予約に必要な上記情報があれば貴院の診療情報提供書で予約をお取りできます。

 FAX送信先: (078) 579-1943 神戸市立医療センター西市民病院 病診連携室