

紹介予約申込書 (診療情報提供書)

歯科用

令和 年 月 日

紹介先：県立広島病院	
診療科名	歯科・口腔外科
担当医名	
患者総合支援センター（地域連携室）	
T E L	082-252-6241
F A X	082-252-6240

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
医師名	Ⓜ
お問合せ担当者氏名	
T E L	
F A X	

◎緊急な診察または即日入院が必要な場合は、当院の歯科・口腔外科に直接連絡してください。

☎ (082) 254 -1818 (代)

患者情報						
フリガナ(必須)	(男・女)		生年月日	(T・S・H・R)		
氏名			年	月	日	歳
現住所	〒 ()					
電話番号 平日 9:00~17:00に 連絡可能な番号	※ご本人さま以外の場合は氏名と続柄の記入をお願いします			★番号は正確に記入をお願いします		
	続柄	名前		電話番号		
			携帯・自宅・他()	()	-	
連絡方法	<input type="checkbox"/> 上記患者・家族へ		当院受診歴	無・有 (ID:)		
	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ					
受診希望日	①第一希望 月 日		当日抜歯・手術希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	②第二希望 月 日		※全身状態良好・急性症状のない方に限ります			
	③いつでもよい					
	④不可日 ()		画像データ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし DICOMのみ			

傷病名及び紹介目的 (□以下について別紙、紹介状を参照して下さい)

既往歴

治療経過及び検査結果

現在の処方