

【歯科】 紹介患者事前受付用FAX用紙

川崎医科大学附属病院

歯科・口腔外科
先生

〒701-0192
岡山県倉敷市松島577
地域医療連携室
直通 TEL:086-464-1567
代表 TEL:086-462-1111

予約専用FAX:(086)464-1166

紹介元医療機関の所在地・名称

〒 -

医師氏名

TEL

FAX

担当者

※予約の申込・変更・キャンセルは紹介元医療機関よりご連絡ください

フリガナ		旧姓	性別	生 年 月 日
患者氏名			☐ 男	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
			☐ 女	年 月 日 (歳)
住所	〒			電話番号 () -

主訴・傷病名	☐ 抜歯 ☐ 粘膜疾患(必要項目◆を選択してください) ☐ その他()
紹介目的	
担当医師への事前連絡	☐ 未 ☐ 済 (→ 歯科・口腔外科 医師)
来院方法(該当場合のみ)	☐ 救急車・病院車 ☐ 介護タクシー ☐ ストレッチャー ☐ 貴院入院中

◆粘膜疾患のご紹介の場合は下記を選択してください

部位	☐ 右上 ☐ 右下 ☐ 正中(上) ☐ 正中(下) ☐ 左上 ☐ 左下
	☐ 歯肉 ☐ 舌 ☐ 頬粘膜 ☐ 口蓋粘膜 ☐ 口唇 ☐ 歯 ☐ 顎骨・歯槽骨 ☐ その他()
状態	☐ 腫瘍 ☐ 潰瘍 ☐ 発赤 ☐ 白斑 ☐ その他 ()
いつから ()数字入力要	☐ () 日前から ☐ () 週間前から ☐ () ヶ月前から ☐ () 年前から
自覚症状	☐ 痛み ☐ 特になし ☐ その他()
治療経過	☐ 軟膏塗布 ☐ 含嗽 ☐ 洗浄 ☐ 投薬 ☐ 経過観察のみ

<第1受診希望>	年 月 日 ()	☐ 日付を優先(他の医師でも可) ☐ 医師指定を優先	当院受診歴
<第2受診希望>	年 月 日 ()		☐ 有 (ID:)
<第3受診希望>	年 月 日 ()		☐ 無 ☐ 不明
☐ いつでも可			

※やむを得ない理由を除き、申込後の日程の変更・キャンセルはご遠慮ください

●被保険者証

保険者番号	
記号・番号	

※該当項目に ☒ をお願いします。
☐ 交通事故 ☐ 労働災害 ☐ 生活保護

●情報提供書(紹介状)の事前FAX・画像データの事前郵送を地域医療連携室あてにいただきますよう、お願いします。

●予約受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30
*創立記念日(6月1日)・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)は休診です
*救急科は24時間年中無休です
*緊急時は、事前に当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします