



FAX 送信票 (診療申込書)

送信日： 年 月 日

送信先	宮城県立こども病院 地域医療連携室 行		
	〒989-3126 宮城県仙台市青葉区落合四丁目3-17		
	〈TEL〉 022-391-5115 (直通) / 022-391-5111 (病院代表)		
	〈FAX〉 022-391-5120 (直通)		
	受付時間： 月～金曜日までの8:30～17:00 (祝日、年末年始は除く)		

<発信元>

医療機関名			
ご担当医名			
住 所			
TEL		FAX	

<患者さん情報>

フリガナ			S・H 年 月 日 生年月日 (歳 か月)
お名前	様 (男・女)		
電話番号	() -		

<診療希望内容>

受診希望診療科	■ 歯科口腔外科・矯正歯科		
希望診療担当医師	無・有	歯科医師名：□ 御代田 浩伸；矯正歯科、口腔外科、障害者歯科 歯科医師名：□ 後藤 申江；小児歯科、障害者歯科	
当院での受診歴の有無	不明・無・有		
備考 依頼事項に■印を ご記入下さい 主たる症状など 希望受診日 月 日	<input type="checkbox"/> 智歯抜歯 <input type="checkbox"/> 埋伏歯抜歯 <input type="checkbox"/> 矯正用インプラント手術 (自費) <input type="checkbox"/> 唇顎口蓋裂 <input type="checkbox"/> 口腔感染症 <input type="checkbox"/> 小帯異常 <input type="checkbox"/> 粘液嚢胞 <input type="checkbox"/> 歯・口腔・顎の外傷 <input type="checkbox"/> その他の口腔外科疾患 (腫瘍、嚢胞、粘膜疾患、神経、唾液腺、) <input type="checkbox"/> 扱い困難な小児歯科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> セファロ撮影 (自費) <input type="checkbox"/> 不正咬合・矯正歯科治療依頼 <input type="checkbox"/> その他 () ()		