



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 | 先生 |     |  |
| 住 所   | 〒  |     |  |
| TEL   |    | FAX |  |

<患者さん情報>

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

<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<br>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<br>依頼事項に■印を<br>ご記入下さい<br>主たる症状など<br>希望受診日<br>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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 歯・口腔・顎の外傷 <input type="checkbox"/> その他の口腔外科疾患<br>(腫瘍、嚢胞、粘膜疾患、神経、唾液腺、 )<br><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<br><input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> セファロ撮影 (自費)<br><input type="checkbox"/> 不正咬合・矯正歯科治療依頼 <input type="checkbox"/> その他<br>( ) ( ) |  |  |