

FAX 送信票（診療申込書）

**歯 科 用**

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時30分～17時00分　（祝日、年末年始は除く）　　　 |

＜発信元＞

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| ご担当医名 |  |
| 住 所 |  |
| T E L |  | F A X |  |

＜患者さん情報＞

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

救急の患者様につきましては、申込書を使わずに022-391-5111(代表)にお問い合わせください。

＜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 | [ ]  智歯抜歯 [ ]  埋伏歯抜歯 [ ]  矯正用インプラント手術（自費）[ ]  唇顎口蓋裂 [ ]  口腔感染症 [ ]  小帯異常 [ ]  粘液嚢胞[ ] 歯・口腔・顎の外傷 [ ]  その他の口腔外科疾患（腫瘍、嚢胞、粘膜疾患、神経、唾液腺、 ）[ ]  扱い困難な小児歯科 [ ]  障害者歯科 [ ]  摂食障害[ ]  ＣＴ検査 [ ]  ＭＲＩ検査 [ ]  不正咬合・矯正歯科治療依頼[ ]  その他（　　　　　　　　　 ）（　　　　　　　 ） |

※ コピーしてご利用ください。