



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	S・H・R 年 月 日
お名前	様 (男・女)			
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	<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"/> 不正咬合・矯正歯科治療依頼 <input type="checkbox"/> その他 月 日 () ()			