内丸メディカルセンター（盛岡市）行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**ＦＡＸ診療申込書（紹介患者専用・歯科）**

申込診療科の□に✓をつけ内容を記載の上、ＦＡＸにて送信して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **内丸メディカルセンター（盛岡市）** | | | | |
| □ 初診外来 | □ 口腔外科 | □ 矯正歯科 | □ 小児歯科 | □ 歯科放射線科 |
| □ 予防歯科・口臭外来 | □ 歯科麻酔科 | □ 口腔インプラント科 | □ 障がい者歯科 | □ 歯周病外来 |
| □ 義歯外来 | □ 口腔リハビリ外来 | □ 口腔総合診療科  (むし歯･根の治療外来) |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **内丸メディカルセンター（盛岡市）** | | |  |
| **FAX：０１９－６２２－７７０１** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事前予約 | * 無　 （下段の「受診希望日」に希望日をご記載ください） | | | | | | | | | | | | |
| * 有　 （下段の「予約日時」にTELにて取得した日時をご記載ください） | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望日 | ①　　　　　　　　 　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ②　　　　　　　　 　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 予約日時 | □TELにて予約済　　　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 当院履歴 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　科）・　不明 | | | | | | | | | | | | |
| 貴院情報 | 医療機関名： | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地： | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　　－　　　－　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 患者情報 | フリガナ |  | | | | | |  | | | | | 性別 |
| 患者氏名 | (姓)  ※旧姓（　　　　　　　　　） | | | | | | (名) | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | （明･大･昭･平･令）　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | |
| 携帯　　　　－　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 本人・家族  (続柄　　　　) |
| 記号・番号 | |  | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 前期・後期 |
| 公費受給者番号 | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | 1割・2割・3割 |
| その他 | | 労災・生保・交通事故・その他の公費（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | |

※保険情報はご記入いただくか、もしくは保険証等のコピーの送付をお願いいたします。

※紹介状（診療情報提供書）の送付をお願いいたします。