

愛媛大学医学部附属病院（歯科口腔外科・矯正歯科専用外来初診予約申込書）

年 月 日

愛媛大学医学部附属病院

総合診療サポートセンター 行

※FAX受付時間 8:30~16:00

受付時間以降のお申し込みは、翌営業日以降の返信となります。

紹介医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

科

（連絡担当者

印

）

受診診療科	歯科口腔外科・矯正歯科 ※希望される科を○で囲んでください。 ※顎変形症や萌出遅延に対する外科治療目的の御紹介で、自院で矯正治療を行う場合は歯科口腔外科を、当院での矯正治療を御希望の場合は矯正歯科を御選択ください。
希望医師名 または 専門領域	
緊急性	緊急性の有・無等について
第一希望	年 月 日（ ） （ 時 頃）
第二希望	年 月 日（ ） （ 時 頃）
第三希望	年 月 日（ ） （ 時 頃）
愛媛大学医学部附属病院での受診歴 （無・不詳・有 = ID: ）	

ふりがな		
患者氏名	（旧姓 ）	
生年月日	明・大 年 月 日生 昭・平・令 （ 歳）	
現住所	〒	
電話番号	（ 方）	

※事前のカルテ作成に必要ですので下記に記入していただくか、
患者保険情報がわかる書類を本票とともに送信してください。

保険者番号								
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号								
被保険者との続柄	本人	家族	負担割合：1・2・3 割					
公費負担者番号								
受給者番号								
公費負担者番号								
受給者番号								
保険適応外：妊娠・交通事故・労災・生保・その他（ ）								

※予約状況によりご希望にお応え出来ない場合がございます。ご了承ください。

※翌日の予約は14:00までにご連絡ください。

※緊急の受診については外来へご連絡ください。

＜依頼内容＞

※紹介状は必ず必要です（紹介状添付の際は、枠内の記載不要）

紹介状の作成が遅くなる場合は枠内にご記入ください。 □紹介状は後から送る（ 月 日に）

病名（疑い病名）	
紹介目的及び症状経過	

本票と紹介状をFAX送信してください。

・検査結果は必要なデータだけを添付し、枚数が多い場合は16時以降に送信してください。

診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信します。

・「紹介状の原本」と「予約票」は、患者さんにご持参いただけるようお渡してください。

＜FAX 予約に関するお問合せ先＞

総合診療サポートセンターFAX予約担当

電話番号（直通）

（089）960-5322 8:30~16:00