

令和 年 月 日

送信枚数(本書含む) 枚

徳島県立中央病院 患者支援センター行  
FAX番号 0120-631-715

歯科専用書式

# FAX受診申込書

## ★FAX受付時間

平日(月～金) 午前8:30～午後5:00まで(受診日前日の場合は午後3:00まで)に送信してください。

## ● ご依頼についての注意点

抜歯のみの対応で、歯科治療は行いません。  
当院の受診歴を確認の上、予約取得となりますので、対応できない場合がございます。  
また、患者様の病状により受診当日の処置が行えないこともありますので、あらかじめご了承ください。

① 令和 年 月 日( ) AM or PM  
② 令和 年 月 日( ) AM or PM

来院方法 ( 自立・車椅子・その他( ) )

◆ご希望の抜歯部位を○でかこんでください。

抜歯部位	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

紹介元医療機関 所在地及び名称 〒  -   
 歯科医院名 ( ) 歯科医師名 ( )  
 電話番号 ( ) -  
 FAX番号 ( ) -

◆ご紹介患者様 ● 中央病院患者ID  -  -

フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭・平・令 ( 歳 )
患者氏名	男・女	年月日	年 月 日
現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	県	市 郡 マンション名 号室
連絡先	( ) - ( ) - ( ) ※必ずご本人につながる番号を記入してください。		

ご紹介目的、簡単な症状等をご記入下さい。また、診療情報提供書の準備が出来ておりましたら合わせて送付ください。  
わかる範囲で記載してください。  
県立中央病院での受診診療科名( )科 最終受診日( 年 月ごろ)

当院で行った抜歯後出血の際には、当院救急 088-631-7151(代表)にお電話ください。担当歯科医が対応します。

持参物  無  
 有 → 画像データ(ロパノラマXP □CT)、ロパノラマフィルム あるいは印刷物

## ◆保険情報 ☆保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

自己負担割合	保険者番号	公費負担者番号
割	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	公費負担医療の受給者番号
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	公費負担者番号
被保険者との続柄( 本人 ・ 家族 )		公費負担医療の受給者番号

## ◆入院者情報

★紹介元医療機関又は他医療機関・施設等入院・入所 ( している ・ していない )

入院料・施設入所区分 [ ]

★入院・入所しているに該当した場合入院料または入所施設区分をご記入ください。