

診察・検査予約依頼書

予約申込日： 年 月 日

【ご予約依頼】 診察（後日、処置など）

- 処置のみ →
- ※ 15歳以下は不可、20歳以下は保護者同伴
 - ※ 処置当日までに紹介状（診療情報提供書）をFAXして下さい。
 - ※ 紹介状と一緒にパノラマ写真のコピー（CD不可）を患者様へお渡し下さい。

ご紹介医療機関		ご紹介医師名	先生
電話番号	()	FAX番号	()

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令
名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	(才)
住所		電話番号	()

希望日	① 月 日 ② 月 日 (※ 都合が悪い日)
-----	--------------------------

【診察、処置申込み】

受診科	歯科口腔外科	希望医師名	
部位			
受診・処置目的	(病名・症状)		
基礎疾患	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
服薬	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬の服用 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート系製剤(BP製剤)の服用 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※基礎疾患、服薬についてはお分かりになる範囲でご記載下さい。

※基礎疾患のある患者様は診察からとなります。当日処置は致しかねますので、ご了承下さい。

【検査申込み】

<input type="checkbox"/> CT検査 どちらかに☑をつけて下さい <input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 歯科インプラント ※自費のため、紹介元医療機関から患者様にご説明下さい。 <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

【来院方法】 自己来院(独歩) 車イス ストレッチャー(救急車・搬送車含む)にて来院予定