

口腔外科相談 FAX 予約申込票

相談希望日時 平成 年 月 日 () ご来院していただく時間 時 分

※ (あらかじめ歯科様より電話をいただき相談日時を決定いたします)

ご紹介元歯科医療機関名

阿蘇医療センター 予約受付 予約用 FAX : 0967-34-9000 予約専用 TEL : 0967-34-0319 【受付時間 : 平日 8:30~17:15】 【相談窓口 : 毎週木曜日 14:00~16:00】

歯科医師名	
電話番号	FAX 番号
ご担当者名 ()	部署 () 内線 ()

* 患者様情報・相談内容等について

フリガナ		生 年 月 日
患者氏名	男 女	大 昭 平 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 TEL () -	
当院の受診歴	あり	なし 不明

傷病名 (疑い病名)	
紹介目的	
症状・経過 検査結果等	
既往歴・家族歴	
現在の処方	
備考	

*阿蘇医療センター 予約受付 (FAX 0967-34-2273) へ FAX していただくと、後程確認のご連絡をいたします。【受付時間は、平日 : 8:30~17:15 土日・祝祭日はお休みです】

注) 本紙による予約については、口腔外科相談のみ承っております。