

# 歯科口腔外科 紹介予約申込FAX用紙

津山中央病院 地域連携室 行

FAX (0868)-21-8201(直通)

TEL (0868)-21-8111(代表) 内線:3842・3843

医療機関名:

住所:

医師名:

電話番号:

FAX番号:

第1希望日 月 日 曜日

第2希望日 月 日 曜日

患者ID

← 当院記入欄(中央病院患者ID)

フリガナ

大・昭・平・令

患者名

男・女

生年月日

年 月 日 ( 歳 )

住所

〒

電話番号

( )

緊急

【緊急】代表番号より歯科へ電話連絡をお願いします。  
(悪性が疑われる場合もこちらです)。

準緊急

【準緊急】FAX用紙の紹介目的の欄に準緊急受診理由を記載して  
FAXを送って下さい。

病名

紹介目的

- 治療  
 精査  
 その他

※紹介状の送信も  
お願い致します

予約受付時間:平日(月~金)8:30~17:00

時間外のお申込みは、翌診療日の対応となります。

※ご予約は紹介予約FAX用紙でのみ受け付けます。(お電話でのご予約はお取りできません)