

歯科口腔外科予約（ご紹介）にあたってのお願い

歯科口腔外科へのご紹介（ご予約）は以下の手順にてお願い致します。

1
枚
目

診療情報提供書ご記入後



FAX : 045-548-3002 (24時間受付)

※口腔外科専用になりました

2
枚
目

患者様ご自身で必ず電話にて予約（患者様控え記載あり）

<予約電話番号>

045-548-8885（歯科口腔外科受付直通）

<予約受付時間>

月～土曜日

10時00分～12時00分

14時00分～16時00分

※診療情報提供書を追加ご希望の方は地域医療連携室までご連絡ください。

〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-31-6

TEL : 045-313-5047（直通）

神奈川歯科大学附属横浜研修センター・横浜クリニック
域医療連携室



1枚目はFAX後 貴院控えにしてください。

FAX番号:045-548-3002

添付資料でFAX可能なものがあれば
お願い致します。

紹介元控
年 月 日

診療情報提供書（歯科口腔外科専用）

【紹介先】

神奈川県大学附属 横浜クリニック **歯科口腔外科**

初診担当医

_____ 先生

【紹介元】

医療機関所在地 〒

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

| | | | | |
|------|------------|----|-------|---|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 患者氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・（西暦） | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | TEL () | | | |

| | |
|------|--|
| 紹介内容 | |
|------|--|

| | |
|-------|--|
| 症状・経過 | |
|-------|--|

| | | | | | |
|------------|--------|-----|-----|-----|-------|
| 患者様に関する留意点 | 薬の服用 | ・なし | ・不明 | ・あり | → () |
| | アレルギー | ・なし | ・不明 | ・あり | → () |
| | 全身の既往歴 | ・なし | ・不明 | ・あり | → () |

| | | |
|------|-----------------------------|---|
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> あり | → X線画像 (デンタル ・ パントモ) ・ 口腔内写真 枚 模 型 ・ C D ・ その他 () |
| | 返 却: | <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし |

【問合せ】 神奈川県大学附属 横浜クリニック : 045-548-8885(歯科口腔外科)

E-meil : yckoukuugeka@kdu.ac.jp

URL:http://www.hama.kdu.ac.jp

予約方法:患者様よりお電話にて予約

患者様控

年 月 日

ご案内 (歯科口腔外科専用)

【紹介先】

神奈川歯科大学附属 横浜クリニック **歯科口腔外科**

初診担当医

_____ 先生

【紹介元】

医療機関所在地 〒
医療機関名
電話番号
医師氏名

印

| | | | |
|------|-------------|----|-------|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・ (西暦) | 年 | 月 日 |
| 住所 | TEL () | | |

【予約方法】 **ご案内(本書)を受け取られた翌日以降**にお電話にてご予約下さい。

電話受付時間: **10時00分から12時00分(月～土曜日)**

14時00分から16時00分(月～土曜日)

TEL: 045-548-8885 (歯科口腔外科直通)

《当日ご持参頂くもの》

- ①ご案内(本書)
- ②保険証・各種医療券
- ③当クリニック診察券(以前当クリニックを受診されたことがある方)

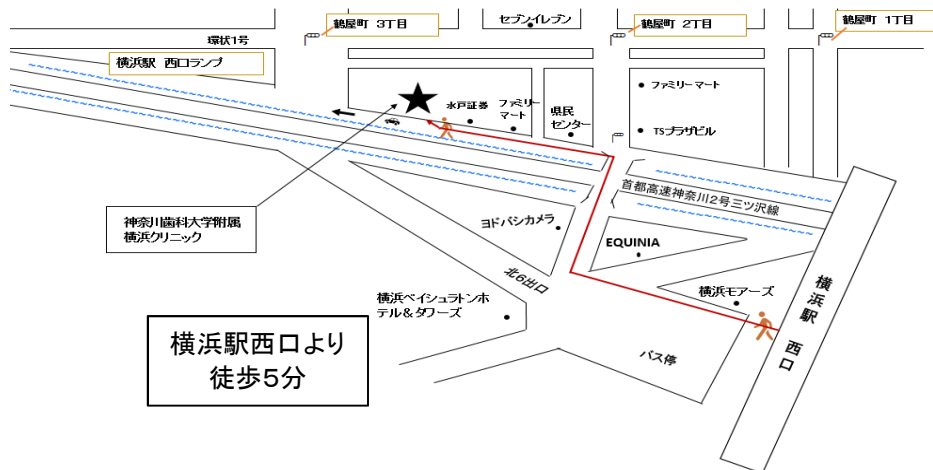
予約控

※ご予約が決まりましたら、ご自身で記入してください。

※時間については診療状況により前後する場合があります。ご了承のほど、お願い致します。

| | | | |
|-------------------------------|-----------|-------|--------|
| 予約日時 | 年 月 日 () | 午前・午後 | 時 分 受付 |
| 予約時間10分以上過ぎると再予約となります。 | | | |

当日は、1階総合受付にて初診受付を行ってください。



横浜市神奈川区鶴屋町3-31-6
歯科口腔外科 直通 : 045-548-8885