荒尾市立有明医療センター宛　　FAX 0968-62-4543 TEL 0968-63-1115（内線2111/2112）

歯科口腔外科　診察予約FAX依頼書

必要事項記入後、FAXして下さい
原本は、患者さんにお渡し下さい

受付時間：平日（月～金）午前8時30分～午後5時00分　　年　月　日

貴院名		貴医師名	先生		
フリガナ 患者氏名		□男 □女	生年月日		年齢
			□大□昭□平□令	年　月　日	歳
患者住所	〒	本人電話（　　）　－ 上記の他、確実に連絡が取れる方の電話 関係（　　）電話（　　）　－			
連絡	□ 患者さんへの直接連絡希望（患者さんに連絡し予約確定後貴院へ予約票をFAXします。予約日はその予約票でご確認下さい。また予約票は患者さんに当院から郵送します。）				

【1】受診希望日　※　月曜、水～金曜（火曜は手術日のため要相談。）

□ 希望日あり

①　　年　　月　　日（　　）　午前　・　午後

②　　年　　月　　日（　　）　午前　・　午後

③　　年　　月　　日（　　）　午前　・　午後

□ 可能な限り早め

□ 特に希望日なし

【2】受診目的　（いずれかにレ点を入れて下さい。）

□ 当日抜歯依頼

部位：

□ 診察依頼

依頼内容（簡便で構いません）：

※当日抜歯依頼の場合でも事前の消炎が必要な場合や抜歯難易度が高い場合等は、後日抜歯となる可能性があります。
また、静脈内鎮静や全身麻酔を希望された場合も後日あらためての抜歯となります。

【3】その他希望事項

※この「歯科口腔外科　診察予約FAX依頼書」と「診療情報提供書」をFAXして下さい。それぞれ原本は患者様にお渡し下さい。