

茅ヶ崎市立病院 歯科口腔外科 病診連携 申込書兼予約票 (1枚目)

患者氏名 (フリガナ) ()	紹介元医療機関名・住所
大・昭・平・令 年 月 日生(男・女)	医師名
郵便番号	先生
住所	電話番号
電話番号	FAX番号

診察予約	予約日時決定後 下欄に日時を記入して下さい	予約の医師名()
予約日時	年 月 日() 時 分	予約日時変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(要連絡)
優先病床利用 入院日 年 月 日		

紹介元医療機関様 患者支援センターまで電話またはFAXで予約をお願いいたします。

<p style="text-align: center;"><電話予約方法の流れ></p> <p>受付時間: 平日午前 8:30~午後 7:00 土曜日午前 9:00~午後 1:00</p> <p>① 患者支援センター <u>0467-52-1947</u>に電話して下さい。</p> <p>② 予約日時を決定 上記の太枠欄に記入をお願いします。</p> <p>③ 1枚目申込書兼予約票(本用紙)を患者支援センター <u>0467-51-1100</u>にFAXして下さい。 (事前にカルテ作成のため)</p> <p>④ 2・3枚目の診療情報提供書を記入をお願いします。</p> <p>⑤ 患者さまにお渡しいただくもの ■1枚目 申込兼予約票 (予約日時を記入したもの) ■2枚目 診療情報提供書 病院提出用</p>	<p style="text-align: center;"><FAX予約方法の流れ></p> <p>受付時間: 平日 午前 8:30~午後 6:30 土曜日 午前 9:00~午後 12:30</p> <p>① 予約希望日を下記表に記入をお願いします。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>予約希望日</td> <td><input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 普通</td> </tr> <tr> <td>希望日時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>都合の悪い日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>希望の医師名</td> <td></td> </tr> </table> <p>② 1枚目申込兼予約票(本用紙)を患者支援センター <u>0467-51-1100</u>にFAXして下さい。</p> <p>③ 患者支援センターより予約日時を決定し「<u>予約票</u>」を折り返しFAXいたします。</p> <p>④ 2・3枚目の診療情報提供書に記入をお願いします。</p> <p>⑤ 患者さまにお渡しいただくもの ■患者支援センターよりお送りした予約票 ■2枚目 診療情報提供書 病院提出用 ■1枚目 申込兼予約票(裏面の受診案内が必要なため)</p>	予約希望日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 普通	希望日時		都合の悪い日		希望の医師名	
予約希望日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 普通								
希望日時									
都合の悪い日									
希望の医師名									

★ 予約日時に受診していただくようご説明をお願いいたします。
★ 診療情報提供書は、当院受診の際に3番受付に提出となります。
★ 急患の場合は、随時お受けいたします。0467-52-1111にご連絡下さい。

(1枚目裏)

患者さんへ 茅ヶ崎市立病院 歯科口腔外科受診について

【病院のご案内】

■住所：〒253-0042 茅ヶ崎市本村5丁目15-1

■電話：0467-52-1111(代表)

■休診日：土曜日・日曜日・祝日および年末年始

■歯科口腔外科受付時間：<新患>午前 8:30～午前 11:00
<再来>午前 8:30～午後 4:00 急患は随時

【受診について】

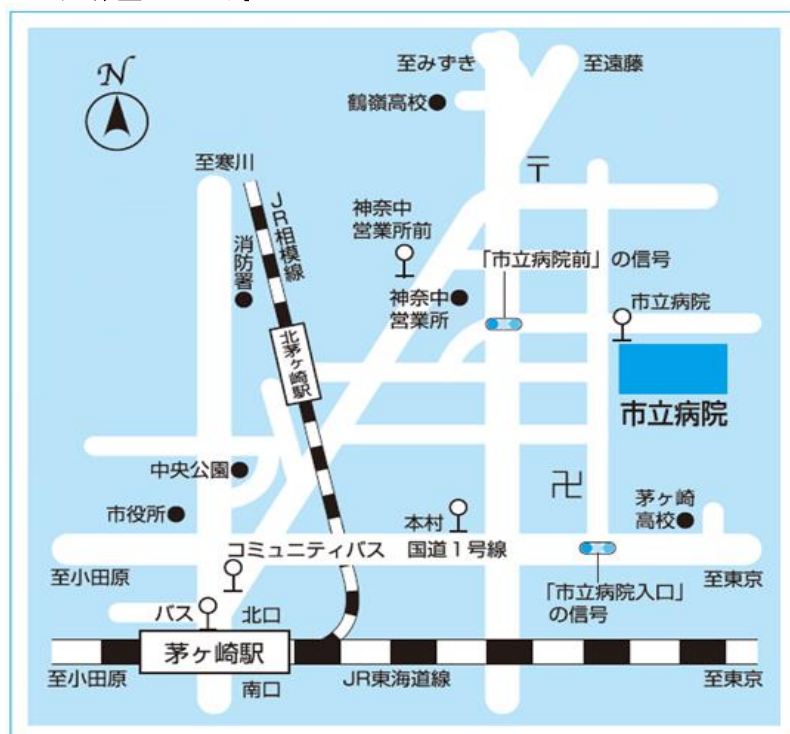
■受診当日：予約時間の15分位前に紹介患者受付3番にお越し下さい。

■持ち物：健康保険証・紹介状(診療情報提供書)・**お薬手帳**
茅ヶ崎市立病院診察券(お持ちの方)

■予約なしでも受診可能です。午前11時までに受付をお願いします。
ご注意：予約がない場合待ち時間が長くなります。ご了承下さい。

■初診日は、通常は診察のみで、抜歯などの手術は行いません。

■交通のご案内



<JR>

■東海道線 茅ヶ崎駅(北口)
下車徒歩25分

■相模線 北茅ヶ崎駅
下車徒歩10分

<バス>

JR茅ヶ崎駅 北口バスターミナル

■4番乗り場 市立病院下車
藤沢駅北口(藤21)
高山車庫行(辻09)
室田循環(茅14)(茅16)

■1・2番乗り場 神奈中営業所前
下車徒歩5分

■他、北口・南口より
コミュニティバスあり

診療情報提供書 作成日 年 月 日 [提出用] (2枚目)

茅ヶ崎市立病院 歯科口腔外科 (先生宛)

患者氏名 (フリガナ) ()	紹介元医療機関名・住所
大・昭・平・令 年 月 日生(男・女)	医師名
郵便番号	先生
住所	電話番号
電話番号	FAX番号

診察予約	予約日時決定後 下欄に日時を記入して下さい	予約の医師名()
予約日時	年 月 日 () 時 分	予約日時変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(要連絡)
		優先病床利用 入院日 年 月 日

■下記項目に記入 : 該当部分に☑をお願いいたします。

【部 位】	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A		A B C D E
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A		A B C D E
* その他 _____							

【傷病名】 _____

【紹介目的】

- 精査のみ
 精査加療
 セカンドオピニオン
 画像撮影 (CT・MRI・セファロ)
- 抜歯
 消炎
 外傷
 腫瘍
- 嚢胞
 粘膜疾患
 口腔心身症(舌痛症・口臭症 他)
- 顎関節症
 口腔乾燥症
 神経疾患
 有病者歯科治療
- 睡眠時無呼吸症候群
 その他 ()

【経過・現在の処方など】

【特記事項】 既往歴・家族歴・問題点 (あり・なし)

診療情報提供書 作成日 年 月 日 [紹介元控え] (3枚目)
 茅ヶ崎市立病院 歯科口腔外科 (先生宛)

患者氏名 (フリガナ) ()	紹介元医療機関名・住所
大・昭・平・令 年 月 日生(男・女)	医師名
郵便番号	先生
住所	電話番号
電話番号	FAX番号

診察予約	予約日時決定後 下欄に日時を記入して下さい	予約の医師名()
予約日時	年 月 日 () 時 分	予約日時変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(要連絡)
優先病床利用 入院日 年 月 日		

■下記項目に記入 : 該当部分に□をお願いいたします。

【部 位】	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	_____	E D C B A	_____	A B C D E
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	_____	E D C B A	_____	A B C D E
* その他 _____							

【傷病名】 _____

【紹介目的】

- 精査のみ
 精査加療
 セカンドオピニオン
 画像撮影 (CT・MRI・セファロ)
 抜歯
 消炎
 外傷
 腫瘍
 嚢胞
 粘膜疾患
 口腔心身症(舌痛症・口臭症 他)
 顎関節症
 口腔乾燥症
 神経疾患
 有病者歯科治療
 睡眠時無呼吸症候群
 その他 ()

【経過・現在の処方など】

【特記事項】 既往歴・家族歴・問題点 (あり・なし)