

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) 男・女 ()	紹介日 年 月 日 紹介元医療機関名
大・昭・平・令 年 月 日生	医師名
〒 住所	〒 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><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に電話</u>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にFAX</u>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><FAX予約方法の流れ></p> <p>受付時間: 平日 午前 8:30~午後 6:00 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にFAX</u>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(裏面の受診案内あり)</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 9:00~午後 4:00 急患は随時

【受診について】

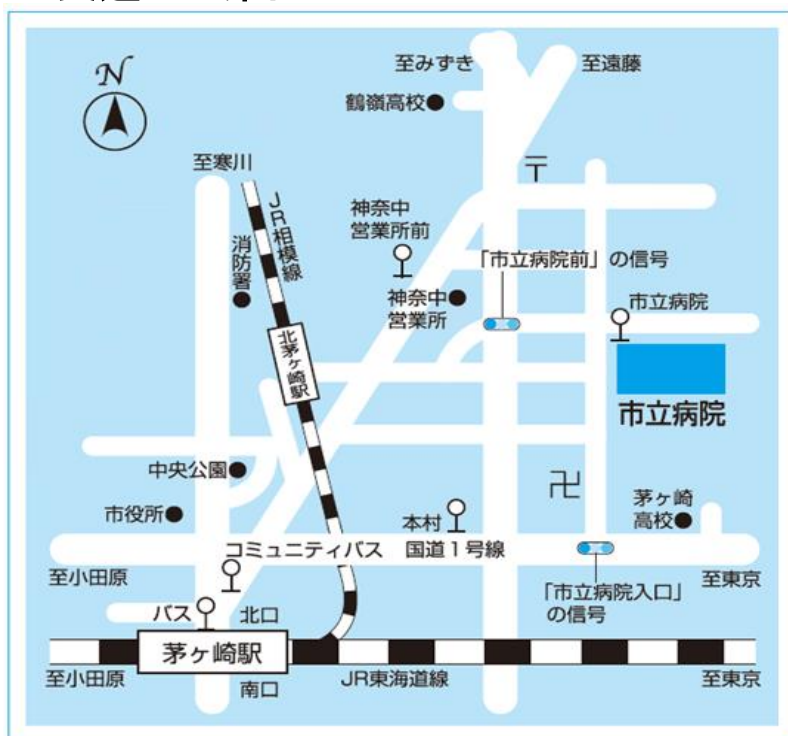
■受診当日: 予約時間の15分位前に紹介患者受付3番にお越し下さい。

■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

〔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) 男・女 ()	紹介日 年 月 日 紹介元医療機関名
大・昭・平・令 年 月 日生	医師名
〒 住所	〒 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

〔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) 男・女 ()	紹介日 年 月 日 紹介元医療機関名
大・昭・平・令 年 月 日生	医師名
〒 住所	〒 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)