（様式 1-1）

（紹介医→歯科口腔外科）

紹介患者受診依頼票

歯科口腔外科　FAX　053-573-0093

（紹介先）

年　月　日

浜名病院

受診される科　歯科口腔外科

□ 医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 医師は病院の診療体制に委ねる

受診日（予約される場合は事前にご連絡下さい）

□ 年　月　日(　曜日)

AM・PM　時　分

□ 診療日は病院の診療体制に委ねる

□ 患者様から直接連絡する

（紹介元）

医療機関名

医師名

電話番号（　）　－

FAX№（　）　－

フリガナ		男・女	現住所	市　町 郡区　村 番地	
氏名					
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）		電話番号	（　）　－	

浜名病院受診歴	有・無										診察券番号				
保険証	保険者番号									被保険者氏名					
	記号・番号														
公費負担番号										被保険者との続柄	本人・家族	負担割合	割		
受給者番号															

依頼希望　1.　部位
　　2.　処置　　抜歯 ・ 検査 ・ 処置 ・ その他

結果及び経過の返信　　要 ・ 不要

後処理　1.　引きつづきお願いする　　2.　当方で行う

備　考　（ 病歴 ・ 投薬 ）

当院処方）

（様式 1-2）

地域連携 紹介患者予約票

患者様ご持参用

（紹介先）

年　月　日

浜名病院

受診される科　歯科口腔外科

医　師　名

予 約 日

年　月　日(　曜日)

AM・PM　時　分

（紹介元）

医療機関名

医師名

電話番号（　）　－

FAX№（　）　－

フリガナ		男・女	現住所	市　町 郡区　村 番地	
氏　名					
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）		電話番号	（　）　－	
浜名病院受診歴	有　・　無			**診察券番号**	

※ お問合先　浜名病院 口腔外科　TEL 053－577－2333㈹

※ 予約日時に来院できない場合には、紹介された医師までご連絡下さい。

受診当日は、新患受付窓口に、お越し下さい。

受付に提出していただくもの

- 本票「患者様ご持参用・地域連携 紹介患者予約票」
- **診察予約の場合、紹介状等**
- 健康保険証等
- 浜名病院の診察券がございましたら、必ず診察券をご持参下さい。

浜 名 病 院

〒431-0423　湖西市新所岡崎梅田入会地15番地の70

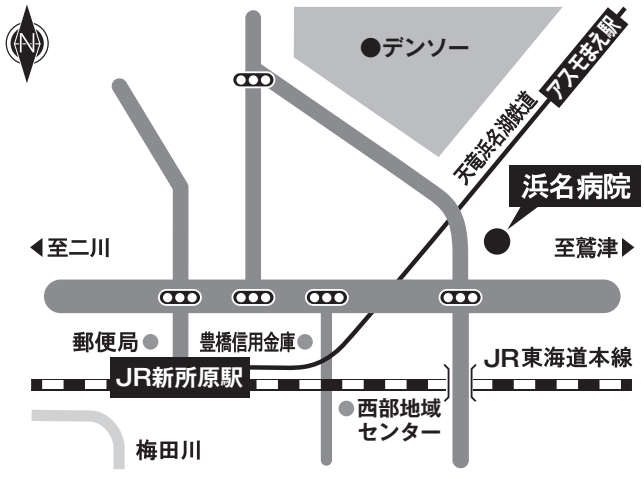
TEL　053-577-2333㈹

診療時間　午前9：00～12：00　午後3：00～5：45

(午後の受付は5：30まで)

木・土曜日午後、日曜・祝祭日休診

当院までの公共アクセス

●JR東海道線・新所原駅　徒歩8分

案内図