

# 紹介患者予約申込書

【FAX可】

令和 年 月 日

神奈川県立歯科大学附属病院  
地域連携室 宛

- 紹介元：  
施設名
- 紹介者名：
- 所在地：
- 連絡先：(Tel: ) / (Fax: )

■ 本院受診歴 有 ・ 無 (○印をお付け下さい)

## ■ 紹介患者

フリガナ		男 ・ 女	年 月 日 生
氏 名			
住 所	(〒 )		(Tel: )

## ■ 希望診療科等(該当欄に○印をご記入下さい)

医 科	<input type="checkbox"/>	画像診断科 (医科)	<input type="checkbox"/>	認知症・高齢者総合内科	<input type="checkbox"/>	糖尿病・内分泌	<input type="checkbox"/>	腎 臓 内 科
	<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	いびきと睡眠時無呼吸	<input type="checkbox"/>	便秘外来	<input type="checkbox"/>	禁 煙 外 来

歯 科	<input type="checkbox"/>	初 診 外 来	<input type="checkbox"/>	口 腔 外 科	<input type="checkbox"/>	小 児 歯 科	<input type="checkbox"/>	矯 正 歯 科
	<input type="checkbox"/>	障 が い 者 歯 科	<input type="checkbox"/>	全身管理高齢者	<input type="checkbox"/>	摂食嚥下外来	<input type="checkbox"/>	顎・口腔インプラント科
	<input type="checkbox"/>	保 存 科 (保存・修復診療部門)	<input type="checkbox"/>	保 存 科 (歯内診療部門)	<input type="checkbox"/>	保 存 科 (歯周診療部門)	<input type="checkbox"/>	画像診断科 (歯科)
	<input type="checkbox"/>	補 綴 科 (クラウンブリッジ診療部門)	<input type="checkbox"/>	補 綴 科 (義歯診療部門)	<input type="checkbox"/>	補 綴 科 (接着器材診療部門)	<input type="checkbox"/>	歯 科 麻 酔 科
	<input type="checkbox"/>	口腔顔面痛みしびれ						

担 当 医 の 指 定 (○印をお付け下さい)	有 (担当医名: ) ・ 無
備 考 (依頼内容等)	

## ■ 受診希望日等

第1希望	令和 年 月 日 ( ) / 午前・午後 / 時 分頃
第2希望	令和 年 月 日 ( ) / 午前・午後 / 時 分頃

## ■ 神奈川県立歯科大学附属病院「地域連携室」連絡先等

○ Tel: 046-822-8877 / fax: 046-822-8888 / e-mail: inmu@kdu.ac.jp

【参考】神奈川県立歯科大学附属病院 ホームページ: <http://www.kdu.ac.jp/hospital/>