

* F A X : 0532-31-2279 (N-MCR直通)

(様式1-2)

* T E L : 0532-31-2528 (N-MCR直通)

(紹介医→N-MCR)

紹介受診者申込書 (歯科用)

社会医療法人 明陽会
成田記念病院

令和 年 月 日

歯科口腔外科・放射線科 御中

■ 担当医師希望 _____ 先生へ

貴院名 _____

■ 診療希望日

ご担当医 _____

希望なし (当院の診療体制に委ねる)

TEL _____

希望あり

FAX _____

(AM ・ PM)

フリガナ			男・女	住所	〒		
氏名							
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	歳	TEL	()	—	
成田記念病院 受診歴		有 ・ 無		年 月 頃		科	
<患者様情報> *お手数ですが、可能な限りご記入をお願い致します。							
<input type="checkbox"/> 感染症		HCV ・ HBs		梅毒血清反応		その他 ()	
<input type="checkbox"/> 抗凝固剤服用		薬剤名 ()					

☆☆☆通信欄 (できましたら簡単に症状のご記入をお願い致します。) ☆☆☆

治療希望 _____ 抜歯希望 _____ インプラントCT (上・下・左・右・顎)

☆☆☆保険証等転記欄 (記号番号を下記へご記入下さい。保険証添付も可です。) ☆☆☆

保険者	記号	番号	本人・家族	負担割合
			本人・家族	割
資格取得日	S・H・R	年 月 日	有効期限	H・R 年 月 日

公費負担者番号	受給者番号/記号	本人
		本人
資格取得日	S・H・R	年 月 日
	有効期限	H・R 年 月 日

☆☆☆<その他通信欄>ご自由にご活用下さい。☆☆☆