

診察・予約 申込書

申込日	年	月	日
患者様氏名	フリガナ		
	男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
電 話	( )	—	
ご 住 所	〒 — アパート・マンションの方は部屋番号までご記入下さい。		
診 断 名			
紹介元医療機関名 (担当医名) 連 絡 先	TEL ( )	—	
	FAX ( )	—	
受診希望診療科名 (歯科医師名)			
	第1希望日	月 日	曜日 時
	第2希望日	月 日	曜日 時
	なお、診療希望日のご予定がたたない患者様には紹介状をお渡しください。 随時受付いたします。		
備 考 (希望処置、3DX部位等)			

- ※ 来院時、患者様は「総合受付」においでいただき、「紹介状」・「保険証」(各種受給者証)をご提示ください。なお、FAX等による診察・予約のお申し込み受付は、月曜日から金曜日までの9:00~17:00となっております。  
ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。
- ※ 個人情報となりますので、患者様の承諾を得てからご送信ください。

松本歯科大学病院 地域医療連携室

〒399-0781 長野県塩尻市広丘郷原 1780

TEL 0263-51-2305 ・ FAX 0263-51-2333