

歯科専用
予約申込票

受付時間：8:30～16:30
TEL 0980-87-5557 (代表)
0980-87-5278 (直通)
FAX 0980-87-5658 (直通)

予約希望日	第一 () 第二 () 第三 ()
-------	----------------------

☆患者情報

八重山病院 ID	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな	性別	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
住所	電話番号	

☆保険証のご記入をお願いします。

種類	保険者記号	記号・番号	被保険者との続柄
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

(新患の場合は保険証のコピー添付をお願いいたします。)

送信日： 令和 年 月 日

紹介元	医師名
TEL :	FAX :

★下記項目いずれかにチェックをご記入ください。

- 患者さまが八重山病院へ連絡する (0980-87-5557へ電話し、「口腔外科の予約の件」とお伝えください)
- 八重山病院から患者さまへ連絡する
※患者さま・ご紹介元に1週間たつてに連絡がない場合、FAXが届いていないなど何らかの不備が発生している
可能性がありますので、お手数ですが地域連携センターまでご連絡ください。
- その他 (詳細を下記にご記入ください)

--

【緊急時の対応】

① 緊急を要する患者様の場合、平日8:30～17:00は地域連携センターにFAXならびに電話でご連絡下さい。

※救急専用申込票あり

なお一刻を争う緊急時は直接 **救急室へ** お電話にてご連絡をお願いいたします。

② 時間外・土・日・祝日は、**救急室へ** FAXならびにお電話でご連絡下さい。

TEL:0980-87-5557 (代表) FAX:0980-87-5638 (救急室直通)

(地域連携センターは受付時間外の対応は致し兼ねますのでご了承下さい。)