



沖縄県立中部病院 診察予約申込書(FAX送信票・歯科)

※診療情報提供書と一緒に送信して下さい

依頼日: 年 月 日

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)



沖縄県立中部病院
地域医療連携室 宛

沖縄県うるま市字宮里281
TEL:098-973-4111(代表)
098-982-6567(直通)

FAX:098-982-6568(直通)

医療機関名: _____

TEL: _____ FAX: _____

ご連絡担当者: _____

<紹介患者詳細> (診療情報提供書に既存の情報は記載省略可)

紹介患者名: _____ (ふりがな: _____)

患者生年月日: _____ 年 月 日

紹介患者連絡先(TEL): _____

<機器共同利用 歯科用CT セファロ 申し込み>

セファロをご希望ですか? はい (ご希望の場合のみ を入れてください)

<予約確定票について> (いずれかに○を付けてください)

予約確定票の送付が

いる ・ いない

<依頼指示> (必ず口をチェックをご記入ください)

- 患者さんが中部病院に連絡をする (098-973-4111までご連絡ください)
※098-982-6567は医療機関専用ホットラインのため患者さんへは上記番号のお知らせにご協力ください。
- 中部病院から患者さんに連絡をする
※患者さんかご紹介元に1週間たっても連絡が無い場合は、何かしらの不備が発生している可能性があるため、お手数ですが連携室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。)



患者さんへの円滑なご連絡にご協力いただきまして、誠にありがとうございます。
ご不明な点等ございましたらお気軽に中部病院連携室へお問い合わせください!

