

紹介状

(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

いりえ歯科口腔外科クリニック

令和 年 月 日

- 【1枚目】貴院の控え
- 【2枚目】いりえ歯科口腔外科クリニックへ
- 【3枚目】患者様へお渡してください

ご来院された場合は、いりえ歯科口腔外科クリニックより
文書にてご連絡いたします。

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

医師氏名

印

| | | | |
|----------------------------------|------------------|---------------------------|-------------|
| 患者氏名 様 | 性別 男・女 | 生年月日 明・大 昭・平 | 年 月 日 () 歳 |
| 患者住所 〒 TEL () | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> CT撮影 (上顎・下顎) (ステント 有・無) (患者様がお支払・貴院へご請求) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 部位・傷病名 | | | |
| 病歴・現症 | | | |
| 連絡事項 | | | |
| 予約日時 (予約TEL 092-409-8415) 患者様から直接予約をとる場合は記入不要です。 月 日 午前・午後 時 分 | 貴院次回診療日 月 日 午前・午後・未定 | | |



紹介状

(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

いりえ歯科口腔外科クリニック

- 【1枚目】貴院の控え
- 【2枚目】いりえ歯科口腔外科クリニックへ
- 【3枚目】患者様へお渡しください

ご来院された場合は、いりえ歯科口腔外科クリニックより
文書にてご連絡いたします。

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

医師氏名

印

| | | |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------|
| 患者氏名 様 | 性別 男・女 | 生年月日 明・大 昭・平 年 月 日 () 歳 |
| 患者住所 〒 TEL () | | |

| | |
|--|--|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> CT撮影 (上顎・下顎) (ステント 有・無) (患者様がお支払・貴院へご請求) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 部位・傷病名 | |
| 病歴・現症 | |
| 連絡事項 | |
| 予約日時 (予約TEL 092-409-8415) 患者様から直接予約をとる場合は記入不要です。 月 日 午前・午後 時 分 | 貴院次回診療日 月 日 午前・午後・未定 |

N002540

ご 案 内

紹介先医療機関名

いりえ歯科口腔外科クリニック

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

医師氏名

印

様

いりえ歯科口腔外科クリニックへのご紹介

| | |
|------|---|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> CT撮影 (上顎・下顎) (ステント 有・無) <input type="checkbox"/> その他 () |
|------|---|

■お持ちいただくもの

- 1 紹介状 (診療情報提供書)
- 2 健康保険証
(保険証をお忘れになると、
保険適用になりませんのでご注意ください)
- 3 各種医療証 (お持ちの方のみ)
- 4 お薬手帳 (お持ちの方のみ)

■診療時間

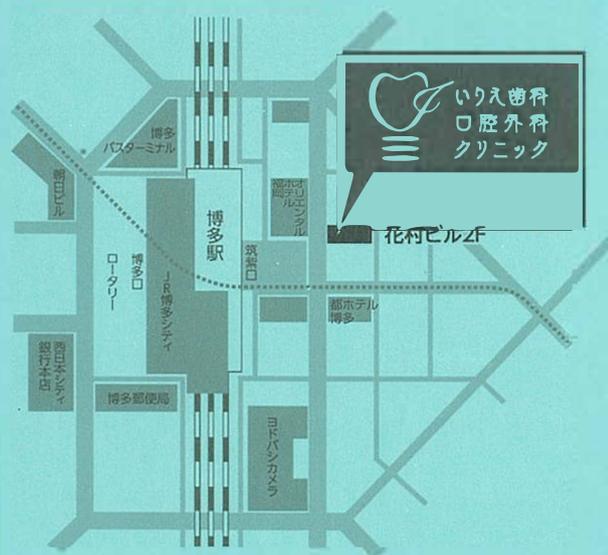
火～金 10:00～13:00 14:30～19:00
 土 10:00～13:00 14:30～18:00
 休診日 日・月・祝

予約日時 (予約TEL 092-409-8415)
 ※ご来院の際には、必ずお電話にてご予約ください。

月 日 午前・午後 時 分

■当院案内図

博多駅筑紫口(新幹線口)を出られて正面左手です
 【徒歩2分】



駐車場はございませんので、お車でお越しの方は、
 近隣の有料駐車場をご利用ください。