

川崎市立井田病院

歯科口腔外科外来診療・インプラントCT検査 申込書

■申込書について

歯科口腔外科外来診療の申し込み、または、インプラントCT検査の申し込みの際にご利用ください。
3枚綴りで1組となっております。

- 1枚目：患者様控-①
- 2枚目：井田病院提出用-②
- 3枚目：紹介元医療機関控-③

※本書がなくなりましたら、お手数ですが、ホームページよりダウンロードしていただくか
地域医療部へご請求ください。

■申込方法

1. お電話にてご予約ください。
※診療予約は患者さまからも受け付けております。
インプラントCT検査予約は医療機関からのみとなります。
2.

外来診療の場合

 → 初診の方は1枚目（患者様控-①）をFAXしてください。
当院受診歴のある方はFAX不要です。

インプラントCTの場合

 → 2枚目（井田病院提出用-②）をFAXしてください。
3. 患者様控-① を患者様にお渡しください。
井田病院提出用-② は封印し、封筒に紹介先診療科と医師名を明記し、患者様にお渡し
ください。
保険証と紹介状を受診当日、紹介状受付へ提出して下さるよう、患者様へご説明ください。
4. 紹介元医療機関控-③ は貴院にて保管してください。

〈ご予約・お問い合わせ〉

川崎市立井田病院 地域医療部

〒211-0035

川崎市中原区井田2-27-1

TEL (044) 788-0582

FAX (044) 788-0594

(月～金 8時30分～17時 ※外来休診日を除きます)

保険者番号	被保険者	公費	負担者番号	1割
被保険者証 記号	番号	本・家	受給者番号	2割

※老人医療は負担割合をご記入ください

歯科口腔外科外来診療・インプラントCT検査 申込書

平成 年 月 日

川崎市立井田病院

紹介元医療機関

歯科口腔外科	医師
受診予定日	平成 年 月 日() 時 分

所在地・名称
電話・FAX医師名 (印)

フリガナ	明・大・昭・平	男・女
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	電話番号	

□インプラントCT検査を依頼する

- スtent装着 (有・無) ● 結果 (CD-R・フィルム)

※頭頸部に金属のある方や、留意事項がある方はご記入ください。

()

患者様へのご案内

<外来を受診される方へ>

- ・受診当日、紹介状と保険証をご持参ください。
- ・予約時間の20分前に紹介状受付へお越しください。
- ・診療前に問診表のご記入をお願いいたします。
- ・診察の状況によってお待たせする場合がございますが、予めご了承ください。
- ・都合によりご希望の医師とは別の医師が診療する場合がございます。

<インプラントCT検査を受ける方へ>

- ・検査当日、紹介状と保険証をご持参ください。
- ・検査予約時間の30分前に紹介状受付へお越しください。
- ・時間に遅れますと検査ができない場合がございますので、ご注意ください。
- ・歯科口腔外科外来受診後、画像診断受付に行っていただきます。
- ・検査前にヘアピン、義歯、時計、眼鏡、イヤリング等の金属製品は外していただきます。
- ・結果は紹介元医療機関へ郵送いたします。7日前後かかりますので、予めご了承ください。

<お問い合わせ> 川崎市立井田病院 地域医療部 〒211-0035 川崎市中原区井田2-27-1

TEL (044) 788-0582 FAX (044) 788-0594

※月～金 8時30分～17時

保険者番号	被保険者	公費	負担者番号	1割
被保険者証 記号	番号	本・家	受給者番号	2割

※老人医療は負担割合をご記入ください

平成 年 月 日

診療情報提供書・紹介状

川崎市立井田病院

紹介元医療機関

所在地・名称
電話・FAX

歯科口腔外科	医師
受診予定日	平成 年 月 日() 時 分

医師名 ⑩

フリガナ	明・大・昭・平	男・女
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	電話番号	

□インプラントCT検査を依頼する

- スtent装着(有・無) ● 結果(CD-R・フィルム)

※頭頸部に金属のある方や、留意事項がある方はご記入ください。

()

部位	顎骨・歯肉・口蓋・舌・頬粘膜・口唇 その他()
傷病名・主訴	P・Per・Perico・埋伏歯・粘膜疾患・腫瘍・嚢胞・外傷・骨折・顎変形症・顎関節症・インプラント骨造成・その他()
紹介目的	抜歯依頼・摘出切除手術依頼・精査加療依頼・インプラント・口腔顔面痛外来 その他
既往歴・家族歴・アレルギー	高血圧症・心疾患・糖尿病・骨粗鬆症・その他
病状経過	
検査結果	
現在の処方	
備考	添付画像(有・無) 返却(要・不要)

診療情報提供書・紹介状

平成 年 月 日

川崎市立井田病院

歯科口腔外科	医師
受診予定日	平成 年 月 日() 時 分

紹介元医療機関

所在地・名称
電話・FAX

医師名

⑩

フリガナ	明・大・昭・平	男・女
氏名	生年月日 年 月 日(歳)	
住所	電話番号	

□インプラントCT検査を依頼する

- スtent装着(有・無) ● 結果(CD-R・フィルム)

※頭頸部に金属のある方や、留意事項がある方はご記入ください。

()

部位	顎骨・歯肉・口蓋・舌・頬粘膜・口唇 その他()
傷病名・主訴	P・Per・Perico・埋伏歯・粘膜疾患・腫瘍・嚢胞・外傷・骨折・顎変形症・顎関節症・ インプラント骨造成・その他()
紹介目的	抜歯依頼・摘出切除手術依頼・精査加療依頼・インプラント・口腔顔面痛外来 その他
既往歴・家族歴・アレルギー	高血圧症・心疾患・糖尿病・骨粗鬆症・その他
病状経過	
検査結果	
現在の処方	
備考	添付画像(有・無) 返却(要・不要)