

紹介患者予約申込書

【FAX可】

令和 年 月 日

神奈川県大学附属病院
地域連携室 宛

- ☐ 紹介元：
施設名
- ☐ 紹介者名：
- ☐ 所在地：
- ☐ 連絡先：(Tel:)/(Fax:)

■ 本院受診歴 有 ・ 無 (○印をお付け下さい)

■ 紹介患者

フリガナ		男 ・ 女	年 月 日生
氏 名			
住 所	(〒)		
	(Tel:)		

■ 希望診療科等(該当欄に○印をご記入下さい)

医 科		画像診断科 (医科)		認知症・高齢者総合内科		糖尿病・内分泌		腎 臓 内 科
		消化器内科		いびきと睡眠時無呼吸		便秘外来		禁 煙 外 来

歯 科		初 診 外 来		口 腔 外 科		小 児 歯 科		矯 正 歯 科
		障 が い 者 歯 科		全身管理高齢者		摂食嚥下外来		顎・口腔インプラント科
		保 存 科 (保存・修復診療部門)		保 存 科 (歯内診療部門)		保 存 科 (歯周診療部門)		画像診断科 (歯科)
		補 綴 科 (クラウンブリッジ診療部門)		補 綴 科 (義歯診療部門)		補 綴 科 (接着器材診療部門)		歯 科 麻 酔 科
		口腔顔面痛みしびれ						

担 当 医 の 指 定 (○印をお付け下さい)	有 (担当医名:) ・ 無
備 考 (依頼内容等)	

■ 受診希望日等

第1希望	令和 年 月 日 () / 午前・午後 / 時 分頃
第2希望	令和 年 月 日 () / 午前・午後 / 時 分頃

■ 神奈川県大学附属病院「地域連携室」連絡先等

○ Tel: 046-822-8877 / fax: 046-822-8888 / e-mail: kdurenkei@kdu.ac.jp

【参考】神奈川県大学附属病院 ホームページ: <http://www.kdu.ac.jp/hospital/>