患者支援センター（シエント）

電話098-894-1572（予約専用）

FAX 098-894-1648

作成　患者支援センター　2025.1.6

1. 予約の希望　初診は午前中のみ、医師の指定はできません。

* 最短日
* 曜日の希望　　　月曜日　・　火曜日　・　木曜日
* 日にちの希望（3ヶ月以上先の場合）　　①　　 　　　　②　　　　　　　③

受診希望日について、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。

1. 紹介患者さんの情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 琉大病院 受診歴　□なし　　□あり（診察券番号：　　　　　　 　　　　　　　）　□不明 | | |
| ふりがな |  | 性　　　別 |
| 氏名 | （旧姓：　　　　　　） | □男性 □女性 |
| 生年月日 |  | |
| 現住所 | 〒 | |
| 連絡先 | （続柄：　　　　　　　　） | |
| 配慮事項 |  | |

1. 紹介元情報

医療機関名

電話

ＦＡＸ

担当者名

琉球大学病院　歯科口腔外科専用

初診予約申込書

診療情報提供書と一緒にファックスして下さい。

予約取得には１～２業務日を要しますので後日、予約確定票を返信します。

FAX　098-894-1648