独立行政法人国立病院機構　嬉野医療センター

歯科口腔外科への

紹介患者様事前準備依頼書

FAX:0120-473-489

※電話にて予約を取得した後に必ずFAXをして頂きますようお願いします。

１　ご紹介元

　　　医師氏名：

　　　医療機関名：

　　　所　在　地：

　　　T　E　L：　　　　－　　　－

　　　F　A　X：　　　　－　　　－

２　歯科口腔外科　井原・歯科衛生士に連絡済み

３　受診予定日　西暦　　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　時　　分

４　受診者情報

・予約までの流れ

１．代表電話（0954-43-1120）へお電話頂き、歯科口腔外科外来へつないでもらってください。

２．歯科口腔外科スタッフと予約日を決めてください。

３．事前準備依頼書（本紙）をFAX（0120-473-489）してください。

４．紹介状、お薬手帳など持参の上、予約時間の30分前に来院するよう患者様にお伝えください。

※　歯科口腔外科の診療時間は9:00～17:00です。夜間、休日の歯科当直医はおりません。

　　オンコール体制です。時間外の急患は佐賀大学附属病院にご連絡をお願いします。

※　新患日は原則月～金曜日の午前中（受付時間8:30～10:30）です。

※　状況により当日に処置が行えない場合があることをお伝えください。

※　誤送信のないよう十分ご注意ください。

連絡先：独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター

ＴＥＬ：０９５４－４３－１１２０（代表）

ＦＡＸ：０１２０－４７３－４８９（地域医療連携室）