

訪問歯科診療依頼票

平成 年 月 日

記入者名 _____

ふりがな				生年月日	男・女
患者氏名				明大昭 年 月 日 (歳)	
訪問先住所	〒 _____ (電話) _____				
依頼者	お名前 (続柄) _____				
	連絡先(自宅) _____ (携帯) _____				
依頼内容	義歯調整 歯槽膿漏 その他()	義歯修理 抜歯	義歯新調 口腔ケア	歯痛	
かかりつけ 歯科医	(歯科医院名)		最近受診 した日	年 月 日	
	(病院・医院名)		電話		
主治医	(担当医師名)		FAX		
主たる病	脳血管障害 腎不全(透析) その他感染症()	心疾患	高血圧	骨折	糖尿病 肝炎 その他()
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				

送付先 播磨歯科医師会事務局
FAX 079-421-8008

* お問い合わせは 播磨歯科医師会事務局
TEL 079-421-8100 までご連絡ください。