

FAX 訪問歯科診療依頼申込書 (医療・福祉関係者)

- ①本申込書を病院管理課へFAXにてお送りください
②FAX到着後、当院担当医から折り返しお電話にてご連絡いたします。
ご連絡まで、2、3日を要する場合がございます。

Fax : 047-361-2710

年 月 日

紹介元名 :

住所 〒

TEL :

FAX :

担当者名 (職種) :

患者情報

フリガナ		性 別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
住 所	〒		身体状況 (基礎疾患名など分かる 範囲で簡単に)
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	

希望訪問内容

☐ 歯科治療 ☐ 摂食指導 ☐ 嚥下内視鏡検査

当院から患者様に直接お電話して良い場合は、
右ボックスにチェックをお入れください

☐