

## 在宅歯科診療(往診)依頼書

在宅歯科診療連携室 (なかの歯科内) FAX.052-880-0111

依頼日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

依頼者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_

紹介者 \_\_\_\_\_

| フリガナ  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 | ・ | 女 |
|-------|----|---|----|---|---|---|
| 患者様氏名 |    |   |    |   |   |   |
| 住 所   |    |   |    |   |   |   |
| ご依頼内容 |    |   |    |   |   |   |
| 備 考 欄 |    |   |    |   |   |   |

|                              |
|------------------------------|
| 担当ケアマネージャー                   |
| 事業所名                         |
| 連絡先 TEL _____ FAX (必須) _____ |

ご依頼をいただきましたらご連絡後、連携室より「連携情報シート」をお送りします。  
ご記入後、上記のFAX.No.にご返送ください。