

歯科往診申込書（診療情報提供書）

申込日時平成 年 月 日

ご依頼者様

氏名

住所

電話

FAX

患者様との関係 家族（ ）

家族以外（施設名称 ）

フリガナ

性別

年齢

患者氏名

様

男・女

歳

患者住所

電話

主訴・診療依頼事項

基礎疾患

身体の状態

歩行 : 全介助・部分介助・自立

意思疎通 : 可・不可・困難

食事 : 全介助・部分介助・自立

嚥下 : 可・不可・困難

保険証の種類

後期高齢者・国保・社保・生保・障害者

介護度

()

(一社)大阪市城東区歯科医師会 FAX 番号 06-6969-4322