

歯科訪問診療依頼書

令和 年 月 日

事業所/施設名

TEL

FAX

→ 諏訪市歯科医師会
専務理事 塩原 数馬

TEL 78-7131

FAX 78-7132

※令和7年 3月31日まで有効

担当者:

患者氏名:

年 齢:

歳

性 別: 男性 ・ 女性

症 状:

通院困難な理由、主な病名:

特記事項:

感染症: なし

B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ MRSA ・ コロナ

その他

新型コロナワクチン : 接種済み ・ 2週間以内に接種予定

緊急度:

急ぐ ・ 急がない

保険証のコピー:

用意済み ・ 未

往診に対する家族の了解の有無: 有 ・ 無

請求先: 氏名(関係)

電話:

かかりつけ歯科医: 有(医院名) ・ 無

かかりつけ歯科医 有 の場合は、直接上記を かかりつけ歯科医へFaxして頂いても良いです。