

令和 年 月 日

歯科往診依頼書 【宛先】釜石歯科医師会(やえがし歯科医院)FAX:0193-36-1181

ご依頼元	事業所名
	氏名
	電話 FAX

フリガナ		生年月日	年齢
患者様名		M・T・S	歳
住所(自宅・施設)	電話		

ご依頼内容

歯が痛い	歯が動く	噛めない	口が汚れている	傷がある
入れ歯が合わない	口が臭う	飲み込みが悪い	むせる	口が渇く
その他()				

以下、お分かりになる範囲でお答えください

全身疾患	1)	主治医
	2)	
	3)	医療機関名
認知症	有 ・ 無	
特記事項		

かかりつけの歯科医師がいる(先生) いない

見て欲しい歯科医師がいる(先生) どの先生でもよい

承諾書 ご依頼に関する患者様の承諾(本人または家族の署名、押印)をお願いします。

印