

訪問依頼書

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年	明・大・昭・平
患者名			月日	____年____月____日
ふりがな			TEL	()
住所				—
ふりがな			患者と の関係	
依頼者				
ふりがな			TEL	()
住所				—
＜依頼の目的＞		現在の主治医（連絡先）		
		その他（現在の身体状態、既往歴、介護保険利用等）		
「ぎふ訪問歯科診療ネットワーク」記入欄				
受付No. _____ 受付年月日 (. .)				
ネットワークが 紹介した登録歯科医師				

※ 本依頼書はコピーしてご使用ください。

※ 二重線以外の箇所にご記入いただき、岐阜県保険医協会までFAXください。

【FAX】058-267-0712 【TEL】058-267-0711