

< 歯科相談用FAX送信票 >

浜名歯科医師会

令和 年 月 日

かかりつけまたは希望する歯科医院名

事業所名

(なければ空欄で)

介護支援専門員氏名

連絡先TEL

返送先FAX

患者・患者家族の連絡先TEL キーパーソン

(被保険者氏名) フリガナ 生年月日 年齢 性別

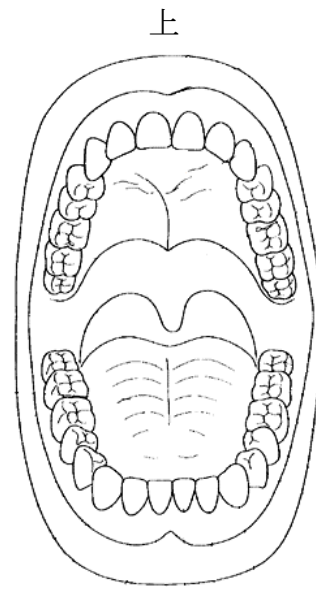
..... T S H 年 月 日 男・女 才

上記の方につき・疑問点、問題点がありますので、歯科医師のご意見を伺いたたく、問題点を記入させていただきます。

ご多忙のところ恐縮ですが、下段へご回答をお願いいたします。

歯科医師がお口を診た後に回答するのが適切を判断した場合は、その旨ご記入下さい。

ケアマネージャーの意見・質問



(ご本人、ご家族の同意を得ております)

回答 (記入日) 令和 年 月 日

回答者・担当歯科医名・電話番号