

宛 先:大阪府歯科医師会学術地域保健1課  
 FAX:06-6774-0488

## 障がい者歯科治療相談受付票(FAX用)

※①～⑪にご記入ください

|             |                           |   |
|-------------|---------------------------|---|
| ① 送信日時      | 年 月 日/午前・午後 時             |   |
| ② 連絡方法      | お電話・FAX・その他 ( )           |   |
| ③ FAX       | ( ) -                     |   |
| ④ 電話        | ( ) -                     |   |
| ⑤ 相談者氏名     | ふりがな                      | ⑥ 受診希望者との関係<br>・本人<br>・家族 配偶者・親・子ども・兄弟姉妹<br>その他 ( )<br>・その他 ( ) |
| ⑦ 受診希望者氏名   | ふりがな                      |   |
| ⑧ 生年月日 (年齢) | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月 日 ( 歳) |   |
| ⑨ 診断名       |                           |   |
| ⑩ お持ちの手帳・等級 |                           |   |
| ⑪ お困りのこと    |                           |   |