

# 在宅依頼用紙

FAX送信日： 年 月 日

様

医療法人育笑会やまだ歯科医院  
山田 武史

〒546-0043

大阪府大阪市東住吉区駒川3-1-7

TEL：080-4701-8758

FAX：06-6625-8033

## FAX送付のお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度ご依頼頂きました患者様について情報を確認致したく存じます。

つきましては下記内容を記入の上、右上記載のFAX番号まで送付をお願い申し上げます。

ふりがな 患者氏名	男 ・ 女
生年月日・年齢	年 月 日 (満 歳)
住所・連絡先	〒 ( - - )
緊急連絡先	氏名 患者との関係
住所・連絡先	〒 ( - - )
事業所名	
ご担当者名・連絡先	( - - )
今回のご依頼内容	
その他注意事項等	
ご希望日時	① 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分頃
	② 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分頃
	③ 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分頃

※当院の在宅時間は平日13:30~15:30・土曜日13:30~15:30です。

当日にご用意、または当日までにFAXして頂きたいもの

- ・医療保険証、医療証
- ・介護保険証、負担割合証
- ・フェイスシート