

大阪府歯科医師会 学術地域保健課 あて

歯科診療所照会依頼書

照会依頼情報	歯科診察希望地域※1	(第1希望)	市(区) [最寄駅: 駅]
		(第2希望)	市(区) [最寄駅: 駅]
		(第3希望)	市(区) [最寄駅: 駅]
	希望内容 (診療曜日・時間など)		
発信元医療機関	病院名		
	主治医名		
	電話番号(内線)		
	FAX		
	窓口担当者名		
対象患者の情報	CD4陽性Tリンパ球数	/ μ L	(検査日:)
	血中HIV RNA量	コピー/mL	(検査日:)
	抗HIV治療の有無	有 ・ 無	(治療開始期前 ・ 治療導入検討中)
	合併症の有無	有 () ・ 無	

【記入注意事項】

※1 受診を希望される歯科診療所の市または区レベルで、**第3希望**までご記入ください。
また、ご希望にそえるかわかりませんが、最寄駅も参考までにご記入ください。

・ FAX送信後、下記へ電話でご連絡ください。

<問い合わせ先>

大阪府歯科医師会

事業部 学術地域保健課

〒543-0033

大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27

TEL:06-6772-8885 FAX:06-6774-0488