

在宅訪問歯科診療申込書

平成 年 月 日

(あて先) 北区歯科医師会 在宅介護事業部

Fax 052-991-5110

次のとおり在宅訪問歯科診療の申し込みを致します(わかる範囲で結構です)

患者様	ふりがな			性別	男・女
	氏名				
	住所	(〒 -) 電話() -			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(才)			
	身体障害者手帳	あり(級)・ 無			
介護者 *1	ふりがな				
	氏名				
	続柄	家族(続柄)・ヘルパー・訪問看護師・その他()			
	連絡先 住所	(〒 -)		電話() -	
申し込み の理由	該当されるものに○を付けてください。 (ア) 痛みがある (イ) 腫れている (ウ) 物がよくかめない (エ) 入れ歯が合わない (オ) 入れ歯を作りたい (カ) その他(出血・口臭・気になること)				
今までに	歯科の往診を依頼したことが ある(年 月頃) ・ ない				
	かかりつけ(最近まで通っていた) 歯科医院				
ご要望欄 *2					

*1 介護者の連絡先(住所・電話)が患者様と同じ場合は「同上」で構いません
施設の方は、施設名もお書き下さい

*2 何でも、お聞きになりたいこと(事前に知っておきたい事など)お書きください