訪問歯科診療申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 年　齢 |
| 受診者氏名 |  |
| （男・女） | （ ）歳 |
| 訪問先住所 | （〒　 ） |
| 訪問先電話番号 | （ ） |
| お困りの内容　・チェックしてください　・複数回答可 | 口歯が痛い 口歯肉が腫れているロ入れ歯を作りたい ロ入れ歯が合わない口口の中がにおう気がする（口臭） ロロの中が汚れている口つめたもの・かぶせたものが取れた 口口内炎が痛い□その他（ ） |
| かかりつけ歯科医院の有無 | 有 （名称： ） 無 |
| かかりつけ 医科診療所主治医 | 診療所（病院）名：　 ☎：（ ）主治医名： |
| 通院出来ない理由 |  |
| 主な病名 |  |
| 担当介護支援職員 | 氏名： | ☎：（ ） |
| 所属： |
| フリガナ |  | 性別 | 受診者との続柄 |
| 申込者氏名 |  | （男・女） |  |
| 申込者住所 | （〒 ） |
| 申込者連絡先 | ☎ ：（ ） |
| FAX: （ ） |
| 連絡可能日時 |  |

送付先：一宮市歯科医師会 在宅歯科医療連携室

FAX : 0586-26- 7603