

訪問歯科診療申込書

下記の項目にご記入の上、窓口にお出してください。

申込日 平成 年 月 日

申込者
お名前 _____ 患者さんとのご関係 (_____)
ご連絡先電話番号 _____ (_____)

介護認定：非該当・要支援・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・
要介護 5 生活保護指定：有 無

(フリガナ)	_____
患者氏名	_____ 男・女
生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 満 _____ 歳
住 所	〒 _____
電話番号	_____ (_____)

かかりつけ歯科医院名 _____ 電話 (_____)

かかりつけ医院名 (歯科以外) _____ 電話 (_____)

_____ 電話 (_____)

歯科治療を受けた時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

申し込みの理由 (あてはまるものに 印をつけてください)

1. 痛みがある 2. はれている 3. ものが良く噛めない
4. 入れ歯があわない 5. 入れ歯を作りたい
6. その他 (_____)

患者さんはどんな状態ですか？

1. 寝たきり 2. 寝たり起きたり (15分くらい座っていることが出来る)
3. 移動できる (自力でできる / 介助が必要)

駐車スペース 有 無

< 医院、福祉事業者等連絡者記入 >

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入

歯科医院より 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 送信

ご記入の後 621 6161 へ FAX をお願い致します。

協力：中区役所 / 中区歯科医師会