

訪問歯科診療申込書

年 月 日

(公)茨城県歯科医師会 在宅歯科医療連携室

フリガナ			
受診者氏名			性別 (男 女) 年齢 歳
訪問先住所	〒 -		電話:
訪問先駐車場	駐車できるスペース 有 無		
保険種別	国保・社保本人・社保家族・後期高齢・生保・障害		
お困りの内容	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた <input type="checkbox"/> □が匂う (口臭) <input type="checkbox"/> □の中が汚れている <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> □内炎がひどい <input type="checkbox"/> 食べにくい・飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ()		
かかりつけ歯科医院の有無	<input type="checkbox"/> 有 (歯科医院名) <input type="checkbox"/> 無		
お体の状態			
かかりつけ医院名			
<input type="checkbox"/> 要介護認定あり (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> ご担当ケアマネジャー名/連絡先			
その他	*訪問希望日時や治療に関する事		
フリガナ			
申込者氏名			性別 (男 女) 受診者との続柄
申込者住所	〒 -		
申込者連絡先	TEL番号	()	
	FAX番号	()	
連絡可能日時			

茨城県歯科医師会 在宅歯科医療連携室 FAX:029-253-1075