

【宛先】 大崎歯科医師会事務局(大崎口腔保健センター内)

FAX 0229-91-0306

在宅訪問歯科診療申込書

依頼者名 _____

連絡先 TEL _____

FAX _____

連絡可能な時間帯 _____

患者様 氏名		男・女	生年月日	T・S・H	月	日
住所	〒 - 宮城県					
主訴	<input type="checkbox"/> 歯科治療が必要か診てほしい <input type="checkbox"/> 食事の量が減ってきたので診てほしい ≪具体的状況≫ <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p>【具体的にお書きください。】</p> <p>かかりつけ歯科医名 _____</p>					
主病名		主治医名/ 連絡先/	病院名/			
介護度	支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	訪問場所	居宅・施設・病院			
ケアマネージャー	担当者氏名/ 連絡先 TEL	事業所名/ FAX				

太字部分はかならず記載してください。