訪問歯科診療申込書

フリガナ 受診者氏名		性別 （男・女）	年齢 （　　）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）	□ 歯が痛い □ 入れ歯を作りたい □ 口の中がにおう気がする（口臭） □ つめたもの・かぶせたものが取れた □ その他（　　）	□ 歯肉が腫れている □ 入れ歯が合わない □ 口の中が汚れている □ 口内炎が痛い	
かかりつけ歯科医院の有無	有　（名称：　　）・　無		
かかりつけ医科病院主治医	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 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	☎　：（　　）　　－ 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