

◎誤送信の場合:ご迷惑をお掛け致します。お手数ですが0120-72-8020までFAX頂き、この用紙の破棄をお願い致します。

口腔サポートセンター・訪問歯科診療(歯科往診)申込書

FAX:0120-72-8020(お掛け間違いにご注意ください！)

申込日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者との続柄(申込者・記入者からみて) :
親・兄弟・子供・ケアマネジャー・その他(_____)

申込者 : フリガナ
お名前
記入者 _____

電話番号 : _____

受診者	フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	ご住所	〒 _____ 往診先の 電話番号 _____	
① 申込み理由 該当事項を○で囲み、 訴えをご記入ください。	1)歯が痛い 2)入れ歯が痛い 3)入れ歯が合わない 4)入れ歯が壊れた 5)入れ歯を作りたい 6)歯が折れた・抜けた 7)その他(_____) 訴えを具体的に :		
② 全身状態 該当事項を○で囲み、 状況をご記入ください。	1)寝たきり 2)準寝たきり(時々起きられる) 3)意思疎通が難しい 4)椅子に座れない その他身体状況 :		
③ かかりつけ医 (医療機関)	医院名: _____	電話番号 _____	
④ かかりつけ歯科医	医院名: _____	電話番号 _____	
⑤ ケアマネジャー	氏名: _____ 施設(事業所)名: _____	電話番号 _____	
⑥ 医療保険・福祉	1)医療保険(後期高齢者・国保・社保) 2)重障老人 3)生活保護・その他(_____)		
受診者宅の簡単な地図(わかりやすい目印も)	駐車場・車の横付け 可 ・ 否		その他・通信欄