

訪問歯科診療申込書【在宅】

★申込者

平成 年 月 日

申込者氏名 Tel () -	依頼人との関係
--------------------	---------

依頼人情報

ふりがな 氏名	男・女
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日生 (満 歳)
住所 〒 -	
電話 ()	
※連絡の取れる連絡先 (電話番号) を書いてください。同居者 (いる・いない)	

依頼人または、主たる介護者(身元引受人)の氏名

歯科医院情報

※ (かかりつけ・以前通った) 歯科医院あり ・ 指定なし
各務原市・ 市 歯科医院

【依頼理由】 該当するものに 印をつけてください。(複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが腫れた ものが良くかめない 入れ歯が合わない
 入れ歯がこわれた 歯が抜けた 入れ歯を作りたい 歯がとれた
 口臭が気になる 飲み込みづらい 口が渇く 口腔ケア希望
 検診をしてほしい 舌痛・舌のよごれ その他()
いつからですか _____ 日・週・月前ぐらいから _____

※ 治療について急を要しますか? (はい ・ いいえ)

《受診者の情報》

※ 内科、その他 医療機関の主治医 ()

※ 該当するものに○で囲んでください。

脳血管障害(脳梗塞・脳出血、その他) 心臓(心筋梗塞・狭心症、その他)

高血圧 糖尿病 慢性関節リュウマチ パーキンソン病 腎疾患 ()

アレルギー ()

肝臓疾患(B型・A型・C型・慢性肝炎・肝硬変、その他)

骨そしょう症 (なし・投薬あり 薬名 [])

感染症 ()

上記以外の病名 []

上記以外の内服薬なし・あり []

問合せ・申込先 FAX 058-371-3104 各務原歯科医師会・歯びねす

※連絡を取りたい方は、その旨をご記入下さい。こちらから連絡させていただきます。

受付 (/) 依頼先 () 連絡日 (/) 訪問予定日 (/)

訪問歯科診療申込書【施設】

平成 年 月 日

申込機関名〔施設名〕	申込者氏名
所在地 Tel () - Fax () -	
患者氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
住所 〒 - 電話 () ※連絡の取れる連絡先 (電話番号) を書いてください。 同居者 (いる・いない)	

依頼人または、主たる介護者(身元引受人)の氏名

歯科医院情報

※ (かかりつけ・以前通った) 歯科医院あり ・ 指定なし
各務原市・ 市 歯科医院

【依頼理由】 該当するものに 印をつけてください。(複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが腫れた ものが良くかめない 入れ歯が合わない
 入れ歯がこわれた 歯が抜けた 入れ歯を作りたい 歯がとれた
 口臭が気になる 飲み込みづらい 口が渇く 口腔ケア希望
 検診をしてほしい 舌痛・舌のよごれ その他()
いつからですか _____ 日・週・月前ぐらいから _____

※ 治療について急を要しますか? (はい ・ いいえ)

《受診者の情報》

※ 内科、その他 医療機関の主治医 ()

※ 該当するものに○で囲んでください。

脳血管障害(脳梗塞・脳出血、その他) 心臓(心筋梗塞・狭心症、その他)

高血圧 糖尿病 慢性関節リュウマチ パーキンソン病 腎疾患 ()

アレルギー ()

肝臓疾患(B型・A型・C型・慢性肝炎・肝硬変、その他)

骨そしょう症 (なし・投薬あり 薬名 [])

感染症 ()

上記以外の病名 []

上記以外の内服薬なし・あり []

問合せ・申込先 FAX 058-371-3104 各務原歯科医師会・歯びねす

※連絡を取りたい方は、その旨をご記入下さい。こちらから連絡させていただきます。

受付 (/) 依頼先 () 連絡日 (/) 訪問予定日 (/)