

訪問歯科診療申込書

連携室	事務

(宛先：総合歯科医療連携室 FAX 947-8654)

☎ 089-932-5407 平成 年 月 日

ご依頼ケアマネージャー 事業所名 _____

氏名 _____

電話 _____

患者氏名 _____ 男・女 _____ 歳 _____

訪問先住所・電話

☎ _____

(施設の場合、いずれかを○で囲んでください) 施設系・居宅系

全身の状態・傷病名 _____

訪問希望日時・時間帯 _____

利用者の状況

該当箇所に入 れてください チェックを	<input type="checkbox"/>	口が汚れている	<input type="checkbox"/>	飲み込みが悪い
	<input type="checkbox"/>	口が臭う	<input type="checkbox"/>	むせる
	<input type="checkbox"/>	歯が痛い	<input type="checkbox"/>	その他
	<input type="checkbox"/>	歯が動く	〔 _____ 〕	
	<input type="checkbox"/>	かめない		
	<input type="checkbox"/>	傷がある		
	<input type="checkbox"/>	入れ歯が合わない		

お願い かかりつけの歯科医院がございましたら、
ご記入願います _____

承諾書 ご依頼に対する本人または家族の承諾
(署名あるいは押印をお願いします) _____

注意 訪問日時、時間帯はご期待に沿えない場合もありますが、ご了承ください