

この申込書はコピーしてご利用ください。

訪問歯科診療申込書

一般社団法人上越歯科医師会在宅歯科医療連携室 宛 申込日 平成 年 月 日

利用者	ふりがな				TEL					
	氏名					□男	□女			
	住所									
	生年月日	□明治	□大正	□昭和	□平成	年	月	日	歳	
連絡先氏名					続柄			TEL		
介護 保険	□認定有	要支援	□1	□2						
		要介護	□1	□2	□3	□4	□5			
	□認定無									

申込者	氏名				TEL			
	住所							
	続柄	本人 ・ 同居家族 ・ 他の親族 ・ 介護関係者 ・ 病院関係者 その他()						

	主 訴	具体的に
<input type="checkbox"/>	歯	
<input type="checkbox"/>	入れ歯	
<input type="checkbox"/>	その他	
<input type="checkbox"/>	□腔ケア希望	

訪問場所	自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他()		
自宅以外の場合	住所		
	TEL		
通院できない理由		希望の歯科医院	□有() □無
		希望の訪問口腔ケアセンター登録歯科衛生士	□有() □無
		担当介護支援専門員	氏名 所属 TEL
特記事項(訪問希望曜日時 ・ 介護保険サービス利用曜日等)			

在宅歯科医療連携室 FAX 025-527-2844