

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				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	
連絡先氏名				続柄		TEL	
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定有	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
		要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 認定無						

申込者	氏名			TEL		
	住所			FAX		
	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		具体的にお困りのことをお書きください。
<input type="checkbox"/>	歯	
<input type="checkbox"/>	入れ歯	
<input type="checkbox"/>	その他	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口腔ケア希望	

訪問場所	自宅・施設・病院・その他()					
自宅以外の場合	住所					
	TEL					
通院できない理由および既往歴	希望の歯科医院	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				
	希望の登録歯科衛生士 ※訪問口腔ケアの場合	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 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