

歯科訪問診療申込書

お申し込みはFAXで 046 (263) 9600

お申込年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
	様		明・大・昭・平・令 年 月 日		
住所	・自宅 ・入所先 (施設名)				

依頼内容	治療・検診・お口のケア	を希望します
主訴(現在、気になっているお口の症状)		
かかりつけ歯科医	有〔院名	TEL ()・無

病気の経歴	主治医	TEL
歩行の状態	寝たきり・要介助・車いす	
保険証の種類	介護度()・国保・社保(本人/家族)・生保・障がい者	

連絡方法	1. 患者様宅へ電話 2. 身内・知人へ電話 3. その他へ電話 連絡先電話番号()
訪問診療希望日	
駐車スペース	有 ・ 無

ケアマネージャーの名前	事業所名	電話番号

依頼者(家族・事業所・病院)	担当者	電話番号

※お問い合わせは 046-263-0686

(一社)大和綾瀬歯科医師会在宅歯科医療地域連携室へ