

訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日 NO.

受付場所	南陽市 川西町 高畠町			受付担当者[]		
	今回は (初診 ・ 再診)					
患者氏名	フリガナ					
	[男 ・ 女]					
生年月日	M ・ T ・ S		年	月	日	歳
患者住所	(自宅)					
	(入院・入所先)			TEL		
申込者み氏名	フリガナ			患者との続柄 ()		
保険の種類	国・社・老 () ・身 () ・その他 ()					
要支援・要介護	なし・あり (要支援 ・ 要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5])					
【相談内容】 該当するものに○印を付けてください。 (重複可) ア. 痛みがある イ. 腫れている ウ. 入れ歯が合わない エ. 入れ歯がこわれた オ. 入れ歯を作りたい カ. 出血がある キ. 入れ歯の手入れ方法について ク. 歯磨きの仕方について ケ. 口臭がある コ. うまく食べられない サ. その他						

◎以下の質問にお答え下さい

- 希望する歯科医院：なし・あり ()
- 患者さんが最後に通院した歯科医院：なし・あり ()
- 家族のかかっている歯科医院：なし・あり ()

病医院名：	科名：	TEL：
主治医：		FAX：
訪問看護師：	TEL：	FAX：
担当歯科医師：	TEL：	FAX：
担当衛生士：	TEL：	FAX：
介護者名：		TEL：
		FAX：
続柄： ()		