

◎誤送信の場合:ご迷惑をお掛け致します。お手数ですが0120-72-8020までFAX頂き、この用紙の破棄をお願い致します。

口腔サポートセンター・訪問歯科診療(歯科往診)申込書

FAX : 0120-72-8020 (お掛け間違いにご注意ください!)

申込日:平成 年 月 日

受診者との続柄(申込者・記入者からみて)

フリガナ

親・兄弟・子供・ケアマネジャー・その他()

申込者 : お名前
記入者 :

電話番号

受診者	フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	ご住所	〒 - 往診先の 電話番号	
①申込み理由 <small>該当事項を○で囲み、 訴えをご記入下さい。</small>	1)歯が痛い 2)入れ歯が痛い 3)入れ歯が合わない 4)入れ歯が壊れた 5)入れ歯を作りたい 6)歯が折れた・抜けた 7)その他[] 訴えを具体的に:		
②全身状態 <small>該当事項を○で囲み、 状況をご記入下さい。</small>	1)寝たきり 2)準寝たきり(時々起きられる) 3)意思疎通が難しい 4)椅子に座れない その他身体状況:		
③かかりつけ医 (医療機関)	医院名:	電話番号	
④かかりつけ 歯科医	医院名:	電話番号	
⑤担当ケアマネジャー等	氏名:	電話番号	
	施設(事業所)名:		
⑥医療保険・福祉	1)医療保険(後期高齢者・国保・社保) 2)重障老人 3)生活保護・その他()		
受診者宅の簡単な地図(わかりやすい目印も)		駐車場・車の横付け 可・否	その他・通信欄

京都府歯科医師会 口腔サポートセンター御中 FAX : 0120-72-8020