

訪問歯科診療申込書

平成 年 月 日

ふりがな.....

1. 患者氏名

(男 ・ 女)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳

住 所

電話番号 ()

健康保険の種類 国保 ・ 社保 (本人・家族) ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ その他

介護保険認定 無 ・ 有 (要支援 ・ 要介護 度)

2. 訪問先 (居宅・施設・病院・診療所)

病棟

階

名 称

住 所

電 話 ()

3. 申込機関名 (施設名)

申込担当者名

職種

住 所

電話番号 () (内線)

FAX番号 ()

4. 主訴

歯が痛い 歯ぐきが痛い 入れ歯の具合が悪い つめものがとれた

その他 ()

居宅療養管理指導希望

歯科以外の通院 (病院等の通院) 寝たきりの為通院不可 ・ 付添有れば通院可能

5. かかりつけの歯科医院名

6. その他 (連絡事項等)

FAXにてお申し込み下さい

FAX 047-331-8553

お問い合わせ

■松戸歯科医師会 口腔ケアセンター

電話 047-331-8380

■松戸歯科医師会 事務局 (月・火・水・金 9~17時)

電話 047-368-3553