

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな.....

1. 患者氏名 (男・女)

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 歳

住 所

電話番号 ()

健康保険の種類 社保(本人・家族)・国保・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 (自宅・居宅系施設・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 口の中が汚れている

その他 ()

居宅療養管理指導希望

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