

訪問歯科診療申込み用紙

平成 年 月 日

記入者：

患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日(才)	電話 F A X	
訪問先住所		駐車場	有・無
主たる病名		要介護度	
依頼者名 (担当者名)		電話 F A X	
主治医		電話 F A X	
マネージャー名	所属 氏名	電話 F A X	
主治医歯科医院		選択歯科医院	
受診希望の理由	義歯調整・義歯修理・義歯新調・歯痛・口腔粘膜疾患 歯槽膿漏・抜歯・口腔ケア その他		

訪問歯科診療の申込み先は、明石市歯科医師会事務局(F A X 9 3 6 - 9 1 1 0)です。

受診希望の理由に関して、あてはまる箇所に をお付けください。

医療機関、施設に入院、入所中は、訪問先住所に医療機関・施設名を併記してください。

その他お問い合わせは、明石市歯科医師会事務局(T E L 9 6 2 - 8 0 2 0)までご連絡ください。