訪問歯科診療申込書

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな 患者氏名	生年月日 年　　月　　日(　　歳)	性別 男・女
ご依頼者（ご本人以外の場合）【氏名：　　ご関係：　　】		
連絡のつく電話番号：	FAX 番号：	

訪問先住所	〒　　－　　【ご自宅・医療機関名：　　】 （電話番号：　　）　駐車場：有・無		
受診希望内容	義歯調整・義歯修理・義歯新調・歯痛・口腔粘膜疾患 歯周病・抜歯・口腔ケア （その他　　）		
主たる病名			
主　治　医	医療機関名：　　担当医名： （電話番号：　　）		
要介護度	要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５		
ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ名	所属：　　担当者名： （電話番号：　　）		
かかりつけ歯科医院		選択歯科医院	
備　　考			

※受診希望の理由と要介護度は、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(ＴＥＬ９６２－８０２０)までご連絡ください。

明石市歯科医師会事務局(ＦＡＸ９３６－９１１０)