

訪問歯科診療申込書

連携室	事務

(宛先：総合歯科医療連携室 FAX 947-8654)

☎ 089-932-5407 令和 年 月 日

ご依頼ケアマネジャー 事業所名 _____

氏名 _____

電話 _____

患者氏名 _____ 男・女 _____ 歳 _____

訪問先住所・電話

☎ _____

(施設の場合、いずれかを○で囲んでください) 施設系・居宅系

全身の状態・傷病名

訪問希望日時・時間帯

利用者の状況

該当箇所に入れてください
チェックを

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 口が汚れている | <input type="checkbox"/> | 飲み込みが悪い |
| <input type="checkbox"/> | 口が臭う | <input type="checkbox"/> | むせる |
| <input type="checkbox"/> | 歯が痛い | <input type="checkbox"/> | その他 |
| <input type="checkbox"/> | 歯が動く | | |
| <input type="checkbox"/> | かめない | | |
| <input type="checkbox"/> | 傷がある | | |
| <input type="checkbox"/> | 入れ歯が合わない | | |

お願い かかりつけの歯科医院がございましたら、
ご記入願います

承諾書 ご依頼に対する本人または家族の承諾
(署名あるいは押印をお願いします)

注意 訪問日時、時間帯はご期待に沿えない場合もありますが、ご了承ください