

訪問歯科診療申込書

(ご家族またはご本人用)

岩見沢歯科医師会行

申込年月日 平成 年 月 日

<申込書記入者> _____ <続柄> _____.

フリガナ	<生年月日>
<氏名> _____ (男・女) T S 年 月 日生 (歳)	
<住所> _____	
<電話番号、FAX>(— —)	
<保険証の種類> 国保 社保 後期高齢 生保 障がい者医療	
<介護認定の有無> あり (要介護度) ・ なし	
<通院困難な理由> 寝たきり 車いす 歩行困難 片麻痺 その他 (具体的に) _____.	
<現在の主な病気> 高血圧 心臓病 脳血管障害 糖尿病 肝炎 その他 (具体的に) _____.	
<通院中の医療機関名> _____.	
<かかりつけ歯科の有無> 有 (_____ 歯科) ・ 無	
<その他、何かあれば> _____.	
<訪問歯科診療希望理由 (主訴) > (例 入れ歯が合わない、新しく作りたい、歯が痛い、歯が動く 等)	
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	

FAX,E-mail で送付する前に一度お電話ください。

用紙は岩見沢歯科医師会ホームページからもダウンロードできます。

岩見沢歯科医師会 TEL 0126-25-1191

(FAX 0126-35-6110 E-mail ganshi@h6.dion.ne.jp)