

訪問歯科診療申込書

(事業所用)

岩見沢歯科医師会行

申込年月日 令和 年 月 日

<申込書記入者> _____ <職名> _____

<事業所名> _____ <連絡先> _____

フリガナ

<氏名> _____ <生年月日> _____
(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 障害者医療

<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

<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 等できるだけ詳しく)

FAX,E-mail で送付する前に一度お電話ください。

また FAX,E-mail を送付する際は番号をお間違いのないようお願いいたします。

岩見沢歯科医師会 TEL 0126-25-1191

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