

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 令和 年 月 日

＜申込書記入者＞ _____ ＜続柄＞ _____

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にお願いいたします。

岩見沢歯科医師会 TEL 0126-25-1191

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