



本申込書はコピーしてご利用ください

在宅歯科医療申込書

西条在宅歯科医療連携室宛

申込日：平成 年 月 日

患者様氏名 _____ (男・女) _____ 歳

患者様住所 _____

患者様宅電話番号 or 携帯番号 _____

問診 (該当箇所にチェックを入れてください)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い |
| <input type="checkbox"/> 歯が動く | <input type="checkbox"/> むせる |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 噛めない | _____ |
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている | _____ |
| <input type="checkbox"/> 傷がある | _____ |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・入れていない | _____ |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた | |
| <input type="checkbox"/> 口が臭う | |

訪問歯科治療を依頼する

(ご本人かご家族のご署名、押印をお願いします)

印

希望する歯科医院がありましたら、ご記入下さい。

ご担当
ケアマネージャー 事業所名 _____
氏名 _____
電話 _____ FAX _____

不在 (担当するケアマネージャーがおられない方はチェックしてください)

西条在宅歯科医療連携室

FAX 050-3737-3635 **TEL** 090-3783-0118

E-mail sda118a@gmail.com