

# 訪問歯科診療 申込書

依頼日 年 月 日

申込者氏名	
電話番号	
連絡の取れる時間	午前 午後 その他( 時～ 時まで)
患者との関係	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他( )

(ふりがな) 患者氏名	(男・女)
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒
患者連絡先	(電話) (FAX)
身体の状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )
意思疎通・理解度	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> やや出来る <input type="checkbox"/> 出来ない
介護度	要支援 1. 2 要介護 1. 2. 3. 4. 5.
かかりつけ歯科医院	
主訴(困っていること)	

## 問い合わせ・申込み先 大垣地域在宅歯科医療連携室

〒503-0827 大垣市恵比寿町南7丁目1-14 大垣歯科医師会館内

電話 0584-81-6540

FAX 0584-81-8989

受付日( / )

連絡日( / )

※担当歯科医師( )