

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

患者氏名	男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	年齢	才		
住所	TEL () -						
疾患名 (寝たきりにな った理由)	かかりつけ 医院名		TEL () -				
全身状態	歩行 (できる・できない) 服薬 (有・無) → 有の場合 (薬剤名:) 麻痺 (有・無) → 有の場合 (右手・左手・右足・左足)						
介護認定を受け ている場合はそ の要介護度	要支援 1 2 介護 1 2 3 4 5	会 話	できる できない	聴 力	聞こえる 聞こえない	意思の 疎 通	できる できない
申し込みの 理 由 (歯科的主訴)	かかりつけ歯科医名 (ある場合ご記入ください) 歯科医院						
ご希望等							
申 込 者	所 属 (病院・施設または 所属団体名等)						
	氏名	TEL () -					

【申し込み先】

かかりつけ歯科医院にお申込みください。

かかりつけ歯科医院がない場合は、訪問歯科診療担当 柘植 和彦

TEL&FAX 0566-24-2206

まで御連絡ください。

刈谷市歯科医師会