

# 訪問歯科診療申込み票 < 太線の中をご記入ください >

受付番号

受付年月日	令和 年 月 日	受付者	連絡係
ふりがな 患者氏名	( 男・女 )	年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( )才
患者住所	駐車場(有・無)		電話番号
紹介者氏名	国保・社保・後期・生保		
紹介者連絡先			
介護者氏名	( 患者との続柄： )		
訪問可能な時間帯	午前( )・午後( )		
申込理由	1. 痛みがある                      2. 腫れている                      3. 物がよく噛めない 4. 入れ歯があわない              5. 入れ歯がこわれた              6. 入れ歯を作りたい 7. 摂食機能障害                      8. 口腔ケアを希望 9. その他 ( 出血・口臭・気になること )		
日常生活自立度			
介護度			
通院の有無	有	科	病院 (主たるもの)
	無	科	病院 (主たるもの)

担当医	医院名	住所
	氏名	TEL

年 月 日

\_\_\_\_\_様                      佐世保市歯科医師会事務局

ご紹介いただきありがとうございました。  
 上記患者について、担当歯科医が決まりましたので、ご報告申し上げます。

\_\_\_\_\_