在宅歯科診療申込書

在宅歯科診療を希望致します　　申込日　令和　　年　　月　　日

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 受診者 ご氏名		性別（男・女）	年齢（　　）歳
訪問先 ご住所			
訪問先 TEL番号			
お困り の内容	○　歯が痛い ○　入れ歯を作りたい ○　口の中がにおう気がする（口臭） ○　つめたもの・かぶせたものが取れた ○　その他（　　）	○　歯肉がはれている ○　入れ歯が合わない、こわれた ○　口の中が汚れている ○　口内炎が痛い	
かかりつけ歯科医院の有無	有（歯科医院名：　　）・無		
お体の 状態			
	○　介護認定あり　　○　生活保護		
その他 希望す ること	※訪問を希望する曜日や治療に係ることなどございましたらご記入下さい。		

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 申込者 ご氏名		性別（男・女）	受診者と の続柄	
申込者 ご住所				
申込者 連絡先	TEL番号			
	FAX 番号			
連絡可 能日時				

千葉県地域包括ケア歯科医療連携室行き

FAX 043-241-8218