

# 訪問歯科診療申込用紙

(わかる範囲でご記入ください)

患者氏名 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳・性別 男・女  
生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所 〒 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_

申込者と患者との関係 (家族・親族・施設・介護支援事業所など) を書いてください

住所 〒 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## お悩み理由

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1. 入れ歯がこわれたり、合わない      | 2. 新しく入れ歯をつくりたい |
| 3. 歯が痛い                | 4. 歯肉が痛い        |
| 5. 口臭がする               | 6. 口腔ケアをおねがいしたい |
| 7. 嚥下 (飲み込み) や摂食がむずかしい |                 |

その他ありましたらお書きください \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

医科主治医 (内科・外科など)

医院・病院名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

現在、施設へ入所していたらその名称をお願いします

現在、他の訪問職がありますか？	ある	•	ない
かかりつけの歯科医がありますか？	ある	•	ない

訪問歯科診療を希望される方は、この申込用紙をご記入の上、下記まで FAX か郵送で連絡してください。確認後早急に返信いたします。

相模原市口腔保健センター (相模原市歯科医師会事務局)

FAX : 042-755-3289

〒252-0236 相模原市中央区富士見6-1-1 相模原市総合保健医療センター内