

訪問歯科診療申込書

長岡歯科医師会在宅歯科医療連携室 宛

TEL:0258-32-1430 FAX:0258-32-4300 e-mail:renkei@nagaokada.com

平成 年 月 日

次のとおり申し込みます。

※ 太枠内の記入をお願いします

○ 記入者 (本人の場合は記載不要)			
ふりがな 氏名		対象者との関係 (職種)	
事業所名			
住所	〒 (電話 - -)		

○ 受診される方																		
ふりがな 氏名		性別	男・女															
住所	〒 (電話 - -)																	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)																	
介護保険	なし・あり (要支援 : 1・2 要介護 : 1・2・3・4・5)																	
障害者手帳	なし・あり (種 級)																	
○ 相談内容 該当する番号に○をつけてください(複数可)																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 歯が痛い</td> <td style="width: 33%;">2 歯ぐきが腫れた</td> <td style="width: 33%;">3 ものが良く咬めない</td> </tr> <tr> <td>4 入れ歯が合わない</td> <td>5 入れ歯が壊れた</td> <td>6 入れ歯を作りたい</td> </tr> <tr> <td>7 口臭が気になる</td> <td>8 飲み込みづらい</td> <td>9 口が渇く</td> </tr> <tr> <td>10 口腔ケア希望</td> <td>11 健診をしてほしい</td> <td>12 舌痛・舌のよごれ</td> </tr> <tr> <td>13 その他()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1 歯が痛い	2 歯ぐきが腫れた	3 ものが良く咬めない	4 入れ歯が合わない	5 入れ歯が壊れた	6 入れ歯を作りたい	7 口臭が気になる	8 飲み込みづらい	9 口が渇く	10 口腔ケア希望	11 健診をしてほしい	12 舌痛・舌のよごれ	13 その他()		
1 歯が痛い	2 歯ぐきが腫れた	3 ものが良く咬めない																
4 入れ歯が合わない	5 入れ歯が壊れた	6 入れ歯を作りたい																
7 口臭が気になる	8 飲み込みづらい	9 口が渇く																
10 口腔ケア希望	11 健診をしてほしい	12 舌痛・舌のよごれ																
13 その他()																		
かかりつけ歯科医院の有無	なし・あり (歯科医院名:)																	
お体の状態(主な病気)																		
通院できない理由																		
その他 要望など	※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																	

※長岡在宅歯科医療連携室記入欄

受付日	年 月 日	受付番号		担当者		対応確認	
備考							

長岡歯科医師会 在宅歯科医療連携室 : FAX 0258-32-4300

〒940-0857 長岡市沖田1-232-1