

歯科訪問診療申込書

令和 年 月 日

| | | | | |
|--------------------------|--------------|---------|----------------|------|
| 患者様 氏名 | | 男 | 年齢 | 生年月日 |
| | | 女 | 歳 | |
| 住所 | 自宅 | 市 町 | TEL | — — |
| | 入所先 (施設名) | 市 町 | TEL | — — |
| 申し込み理由(現在気になっているお口の中の症状) | | | | |
| かかりつけ又は今までかかったことのある歯科医院名 | | | | |
| ご連絡方法 | 1. 患者様宅への電話 | | 2. ケアマネジャーへの電話 | |
| | 3. ご依頼者への電話 | | | |
| お名前 | ご連絡先 (携帯) | | | |
| 往診ご希望の曜日/時間 | ① ()曜日 | 午前 / 午後 | ~ | |
| | ② ()曜日 | 午前 / 午後 | ~ | |

逗葉歯科医師会 在宅歯科医療連携室

お問い合わせ先 **046-872-3577** (月曜～金曜日の10時～17時)

(逗子市池子字棧敷戸1892-6 逗葉地域医療センター内)

※申込書を **046-872-7299** にFAXでお送り下さい