

訪問歯科診療受付表

| | | | | |
|--|------------------|----------|---------------|--|
| 受付 No. | 受付日 平成 年 月 日 () | | | |
| 電話 () - | | | | |
| 申込者 | ふりがな 氏名 | 様 | 電話 () - | |
| | 所属・職種 | | FAX () - | |
| | E-mail @ | | | |
| 患者 | ふりがな 氏名 | 男 様 女 | 電話 () - | |
| | 住所 | | 要支援 1 2 | |
| | 生年月日 M・T・S 年 月 日 | | 要介護 1 2 3 4 5 | |
| <p>主 訴 (具体的に)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入れ歯が壊れた ・ つめものが取れた ・ 入歯があわない ・ 歯がグラグラする ・ 口臭がある ・ 歯が痛い ・ 歯がしみる ・ 歯が折れた ・ 口腔ケアの仕方がわからない ・ 歯ブラシをすると痛がる ・ 噛めない { 歯がない 噛むところがない ・ 舌が痛い | | | | |
| 通院出来ない理由 | | | | |
| 最近まで治療を受けていた歯科医院 ある () ない () 歯科医院 | | | | |
| <p>全身疾患</p> <p>主治医 病院・医院 先生</p> <p>既往症 (主たる疾患)</p> | | | | |
| その他連絡事項 | | | | |
| <p>歯科医師会使用欄</p> <p style="text-align: right;">主治医 先生</p> | | | | |

申込先 福井県歯科医師会腔ケア応援センター

FAX _____

電話 _____

E-mail _____