

訪問歯科相談申込(同意)書

次のとおり申し込みます。

年 月 日

● 申込者(相談対象者本人の場合は記載不要)			
氏名		対象者との関係 (所属・職種)	
住所	〒 電話		
● 対象者情報			
氏名		主たる介護者の 氏名・続柄	
住所	〒 電話		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日(満 歳)	同居者	いる ・ いない
歯科医院 情報	かかりつけ、又は、以前通ったことのある歯科医院() <input type="checkbox"/> 希望する歯科医院があればお書きください() <input type="checkbox"/> 特に希望する歯科医院はない		
訪問看護事業所の利用： なし あり(事業所名)			
● 相談理由 該当する番号に○をつけてください(重複可)			
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 飲み込みにくい	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			

※太枠の部分の記入をお願いします

※三条市歯科医師会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							