

受付年月日 年 月 日

## 訪問歯科診療・受付用紙

石川県保険医協会  
訪問歯科診療ネットワーク

(ふりがな) 患者名		生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)
		性	男 ・ 女
住 所		電 話	( ) -
依頼人		患者との関係	
住 所		電 話	( ) -
		F A X	( ) -
おおよその口腔内の状態 / 歯科治療は患者本人の希望かどうか			
外来通院できない理由及び全身状態について / 患者との意思疎通は可能か			
協会が紹介した歯科医院			
歯科医院名 _____ ( _____ 院長)			
住 所 _____			
電話番号 _____			
( F A X ) _____			