

【受付日】 年 月 日

＜ 歯科訪問診療 ・ 受付用紙 ＞

石川県保険医協会
訪問歯科診療ネットワーク

電話 076-222-5373

FAX 076-231-5156

記入者の情報			
記入者名		患者との関係	
住所		電話	
		FAX	
患者の情報			
患者名		電話	
		FAX	
住所		性別	男 女
		介護度	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
依頼理由	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 当てはまる□に✓を入れてください。 ◆ 「その他」の場合は ()にご記入ください。			
全身の状態 (通院困難な理由)			
通信欄			
ケアマネジャー等の情報			
担当者名		電話	
		FAX	
勤務先		Email	

＜協会記入欄＞

協会が紹介する歯科医院			
歯科医院名・院長名	(院長 :)		
住所			
電話		FAX	