

歯科訪問診療依頼書兼同意書

(宛先：二戸歯科医師会 FAX0195-26-8282 ますだ歯科クリニック内)

令和 年 月 日

申請者名 _____

本人または家族 (続柄: _____)

職種 _____

電話番号 _____

ふりがな

患者様名 _____

性別 男・女 年齢 歳

住所 _____

電話番号 _____

ご依頼内容

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い |
| <input type="checkbox"/> 歯が動く | <input type="checkbox"/> むせる |
| <input type="checkbox"/> 噛めない | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている | |
| <input type="checkbox"/> 傷がある | |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | |
| <input type="checkbox"/> 口が臭う | |

該当箇所をチェックを入れて下さい

お願い ・希望歯科医療機関がございましたら記入願います。

※都合によりかかりつけ歯科医が対応不可の場合あり

* 基礎疾患名 _____

* 通院できない理由 _____