

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
通院していた 歯科医院	あり (歯科医院名) なし		
希望する 歯科医院	あり (歯科医院名) なし		
○ 相談理由 (当てはまる番号すべてに○をつけて下さい)			
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 飲み込みづらい	9 口が渴く	
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 ムセやすくなった	14 その他		

※ 太枠の部分の記入をお願いします

※燕・弥彦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							