

訪問歯科診療依頼書

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		様 大正・昭和 年 月 日生(歳) 男・女	
住所(施設名)		☎ — — 駐車場 有・無	
フリガナ 主たる介護者		(続柄) ※訪問歯科への同意 済・未 ☎ — — ☎ — —	
主訴			
義歯の使用状況 上顎:		下顎:	
かかりつけ歯科医院:			
通院困難な理由			
特記すべき全身状態・病歴			
アレルギー 有()・無		感染症 有()・無	
主な服用薬			
かかりつけ医、または現在通院中の医療機関			
座位保持 可・不可・寝たきり()		車イスの使用 可・不可	
意思の疎通 可・不可 (理由 / 認知症・難聴・その他)			
ベッドの形態		介護度	
訪問歯科診療に対する要望・特記事項			
記入者名		所属	
		☎ — —	

我孫子市歯科医師会
訪問歯科診療受付医療機関

- ・ 我孫子駅・市役所周辺地区
アライ歯科クリニック
T e l 04-7186-0802
- ・ 天王台・湖北地区
小川歯科クリニック
T e l 04-7184-5621
- ・ 新木・布佐地区
あらき野歯科クリニック
T e l 04-7187-4182