

# 歯科訪問診療申込書

平成 年 月 日

患者様 氏名		男	年齢	生年月日
		女	歳	
住所	自宅	市 町	TEL	— —
	入所先 (施設名)	市 町	TEL	— —
申し込み理由(現在気になっているお口の中の症状)				
かかりつけ又は今までかかったことのある歯科医院名				
ご連絡方法	1. 患者様宅への電話		2. ケアマネージャーへの電話	
	3. ご依頼者への電話			
お名前	ご連絡先			
	(携帯)			
往診ご希望の曜日/時間	① ( )	午前 / 午後	～	
	② ( )	午前 / 午後	～	

逗葉歯科医師会 在宅歯科医療連携室

お問い合わせ先 046-872-3577 (月曜～金曜日の10時～17時)

(逗子市池子字棧敷戸1892-6 逗葉地域医療センター内)

※申込書を 046-872-7299 にFAXでお送り下さい