

訪問歯科診療受付簿

紹介元：
所在地：
氏名：
TEL：
FAX：

訪問歯科診療を依頼する患者様について	フリガナ 氏名	
	生年月日 M・T・S 年 月 日 (満 歳) 性別 男・女	
	現住所	TEL ()
	連絡先氏名	
	連絡先住所	TEL ()
	ケアマネージャー連絡先	TEL ()
	今まで訪問歯科診療を依頼したことが ある (年 月ころ) ・ ない	
	かかりつけ歯科医 (ある場合のみ記入)	
口腔状態	(主訴を簡単に)	
身体状態	(既往歴・現病歴) (投薬状況) (現在の身体状態・意識レベルを簡単に)	
特記事項	(ケアサービス状況など) (主治医) TEL ()	

※受付簿を歯科地域連携室及び担当歯科医師間でFAXにて送受信しますので、患者様の同意を得て頂きますようお願いいたします。

FAX 送信先：歯科地域連携室（姫路市歯科医師会口腔保健センター内）

F A X : 079-289-0295

TEL : 079-288-5896