**歯科往診申込書**

**【自宅への往診用】**

**【施設への往診用】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**【依頼者】**お名前：　　　　　　　　　　　　患者との関係

　　　　　電話番号

**【訪問場所】**自宅（駐車場：有・無 / 同居人：有・無）　施設

住所

電話番号

**【患　者】**お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 男 ・ 女 ）

　　　　　生年月日　　　 　年　　　月　　　日　　　　（　　　 歳）

　　　　　保険：社保本人　社保家族　国保　前期高齢者　後期高齢者　生保　障害者

　　　　　要介護認定：

**【担当ケアマネジャー】**施設名：　　　　　　　　　　　　お名前

　　　　　　　　　　　電話番号

**【既往歴】**□脳血管障害　□心疾患　□肺疾患　□認知症　□糖尿病　□がん　□高血圧

□その他

**【処方中の薬】**□降圧剤　□抗血栓・抗凝固薬　□骨粗鬆症薬　□その他

**【感染症】**□HCV　□HBV　□HIV　□Wa　□MRSA　□無

**【歯科以外の受診】**□有　□無

**【歯科的主訴】**

　歯　　：　□歯が痛い　□歯が動いている　□歯がとがっている　□歯が取れた

　義歯　：　□合わない　□痛い　　□壊れた

　その他：

**【連絡事項】**

※歯科往診申込書はダウンロードし岡山県歯科医師会・歯科往診サポートセンター宛へ　　　　　　**ＦＡＸ (086)-224-8561** またはメール koushu-kenshi@oda8020.or.jp

不明な点は、**岡山県歯科医師会　歯科往診サポートセンター☎086-224-1255　迄**