



訪問歯科診療のご案内



門司歯科医師会では、訪問歯科診療を行っている会員の医療機関をご紹介します。

紹介をご希望される方は、下記申込み方法に沿ってお申込み下さい。

【申込み方法】

次頁の「門司歯科医師会 訪問歯科診療事業 申込書」に必要事項を記入の上、門司歯科医師会（以下「本会」という。）へFAXにてお申込み下さい。

申込書を受けた本会は担当歯科医を決定し、担当歯科医より直接依頼者等へ訪問歯科診療日程等のご連絡を致します。

FAXでの申込みができない方につきましては、お電話でも受け付けておりますので、本会事務局へご連絡下さい。

門司歯科医師会 訪問歯科診療事業申込書

門司歯科医師会会長 様

以下のとおり、訪問歯科診療を申し込みます。 申込日 令和 年 月 日

ふりがな
 申込者氏名 (患者様との続柄 /)

住 所 /

事業所名等 /

電話番号

ふりがな	
患者様氏名	男 ・ 女
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 (歳)
住 所	
電 話 番 号	()
連絡先 (様)	()
要 介 護 度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
訪問歯科診療を 申し込む理由 (該当するものに ○)	ア. 痛いところがある。 イ. むし歯の治療をしてほしい。 ウ. 歯茎が腫れている。 エ. 入れ歯の調子が悪い。入れ歯の修理・作製を希望。 オ. 物がよく噛めない。飲み込めない。 カ. 口臭がひどく、口腔ケア希望。 キ. その他 (転倒し、歯を折ってしまった)
通信欄 (ご希望やご質問があればご記入下さい)	
* かかりつけ歯科医 あり → 歯科医院名 _____ なし	

※ 但し、かかりつけ歯科医が必ず訪問できるとは限りません。

連絡先 門司歯科医師会
 TEL 321-6886
 FAX 321-6887

※ 整理番号 _____