

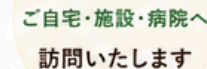
訪問歯科診療 申込書

ご記入後、このままFAXしてください

FAX送信先



TEL 097-594-1188



 患者様情報

フリガナ 氏 名			
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
連絡先	※日程調整の連絡先 () ー (続柄)		
訪問先	※どちらかにチェックしてください		
	☐ 自宅	☐ 施設 (施設名:)	
訪問先住所	〒 ※ご自宅の場合ご記入ください		

 ご希望日時 (希望があればご記入ください)

第1希望	第2希望	第3希望
月 日 () 時頃	月 日 () 時頃	月 日 () 時頃

その他連絡事項

※可能でしたら基本情報・保険証・介護保険証・介護負担割合証・公費をお送りください

ご訪問
流れ



※緊急時は検診＋治療になることもあります。

初回検診日が決まりましたら、
ケアマネさんへご報告いたします。



ご家族・ケアマネさんへ
健診結果・治療費目安の
ご報告をします。
場合によっては
主治医へご身体の状態を
確認する場合があります。



治療計画に基づいて
治療を開始します。

ご家族やケアマネジャーと診療内容・経過を情報共有しながらサポートいたします。

 ご希望・お困りごと（あてはまるものすべてにチェックしてください）

 ☐ 歯が痛い	 ☐ 歯がグラグラする	 ☐ 入れ歯がこわれた	 ☐ 入れ歯が合わない
 ☐ 口腔ケアをして欲しい	 ☐ 食事中にむせる	 ☐ 飲み込みが気になる	 ☐ 食事が減った
 ☐ その他 ()			

当院の在籍状況

 歯科医師
  歯科衛生士
  言語聴覚士
  管理栄養士
 が在籍しています。

主な訪問対応エリア

大分市中心部、明野、鶴崎、坂ノ市、高城、牧、
森町、大在、賀来、南大分、光吉、敷戸、植田、
野津原（一部）、別府市南部（一部）、
由布市挾間町（一部）

※詳しくはお問い合わせください
ご自宅、施設、病院へ訪問いたします

