

歯科往診FAX依頼書

宛先： 歯科医院(クリニック) 行

平成 年 月 日

依頼元 病院・施設名
担当者職・氏名
電話・FAX TEL ()- FAX ()-

ふりがな 性別 男・女
患者氏名 年齢 歳

要介護状態 申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

〒 患者住所・電話 TEL ()-

かかりつけ歯科医院

ご依頼内容（当てはまるところに✓印をつけて下さい）

- 口の中を検査してほしい
- 歯周病の治療（動く歯がある、歯ぐきがはれている）
- 口の中の清掃（痰や汚れがべったり付いている、臭い、乾いている）
- 義歯の調整（入れ歯があたって痛い、粘膜に傷がついている）
- 義歯の修理（落ちやすい、合わない、破損している）
- 義歯の新製作（入れ歯がない）
- 摂食・嚥下障害（食べる時や飲み込む時にむせる、食後ガラガラ声になる、なかなか飲み込めない、食事に時間がかかる）
- その他（ ）

※担当の方へのお願い： 本人、ご家族から訪問歯科診療のご承諾をお願いいたします。
※かかりつけ歯科医院のない場合は、米沢市歯科医師会までご相談ください。

一般社団法人 米沢市歯科医師会
〒9 92-0039 米沢市門東町三丁目3-17
TEL : 0238-22-3977 FAX : 0238-22-3979