

訪問歯科診療依頼書

宛先：おおた歯科こども歯科クリニック FAX 42-6332

平成 年 月 日

ご依頼先ケアマネージャー 事業所名 _____

氏名 _____

電話 _____

患者様名 _____ 男・女 _____ 歳

患者様住所 _____

患者様宅電話 _____

ご依頼内容 歯が痛い のみ込みが悪い

歯が動く むせる

噛めない その他

口が汚れている

傷がある

入れ歯が合わない

口が臭う

該当箇所
にチェック
を入れて
ください

承諾書 ・ ご依頼に対する患者様の承諾（本人またはご家族の署名

あるいは押印をお願いします。） _____