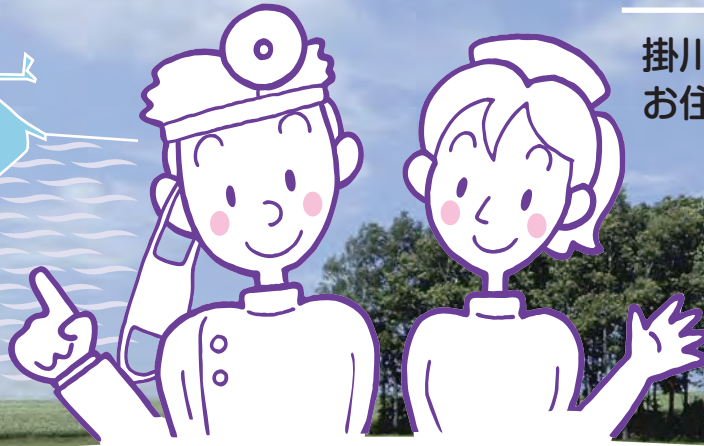


小笠掛川歯科医師会 掛川市・菊川市・御前崎市

# 歯科の往診します

●ご利用できる方

掛川市・菊川市・御前崎市に  
お住まいの寝たきりの方



# 訪問歯科診療

●お申し込み方法

① かかりつけ歯科医院のある患者さんへ  
今まで通りかかりつけの先生に連絡してください。

② かかりつけ歯科医院がない患者さんへ  
ご自分（患者さん）の担当地域の受付医院に申し込み用紙を FAX するか付添の方に届けて貰ってください。その後追って担当歯科医院が割り振られた貴方に連絡いたします。

申し込み用紙がおいてある場所

各歯科医院及び歯科医師会事務所、掛川市徳育健センター、菊川市立総合病院、けやき、掛川市・菊川市・御前崎市各役所の担当課においてあります。これは提出が必須となります。

訪問歯科診療申込書

申込日 平成 年 月 日		負担割合	
受診者 氏名	(男・女)	生年月日	明大 日 (調 歳)
住所		電話番号	
送り先 申込者 氏名	(受診希望者との関係)	連絡先 電話番号	
健康保険証 後援高齢者 介護保険受給者	種別	保険者名	被保険者番号 (本人・家族)
		被保険者番号	被保険者番号
	(無・有)	介護保険区分	被保険者番号
介護保険認定	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	
寝たきりに なった理由		時期	年 月 日 期間 年 月 日
現在治療中 の病気	(無・有)	病名	
申込理由	いつから	どこか	歯 歯ぐき 入れ歯 その他 ( )
	どんな具合か	痛い 腫れた 噛めない 動く その他 ( )	
		入れ歯が (合わない・壊れた)	入れ歯を作りたい
希望する日時	特になし	有 (曜日・時間等)	( )

小笠掛川歯科医師会 掛川市・菊川市・御前崎市

申込経路 1. 歯科医院直接 2. 市経由 (担当者名: ) 3. その他 ( )

地区担当 受付窓口 (申し込み用紙を FAX してください。)

① 掛川市 はかまだ歯科上内田診療所 電話&Fax 23-8888

② 菊川市 かとう歯科 電話 35-0209 Fax 35-0203

③ 御前崎市 大澤歯科医院 電話 0548-63-2010 Fax 0548-63-5809