

口腔ケアサポートセンター岡崎 FAX申込書

※太枠内をご記入下さい

受付日 H 年 月 日

ケアを受ける方	ご住所	〒	
	(ふりがな) お名前	(男 ・ 女)	
	生年月日	(歳)	
	電 話	()	—
	F A X	()	—
	かかりつけ 歯科医院	市 町	歯科医院
	身体の 状況	▶ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ▶ 身障者手帳 () 級 ▶ 要支援 (1 ・ 2)	
	身体の状況・お口の状況等を電話にて聞き取りします。誰から聞き取りをいたしますか。		
お名前		ご関係	
		連絡先	
申込者	ご住所	〒	
	(ふりがな) お名前		
	電 話	()	—
	F A X	()	—
担当介護支援事業所	ご住所	〒	
	事業所名		
	担当者名		
	電 話	()	—
	F A X	()	—
相談内容	・虫歯の治療 (痛い ・ 痛くない) ・ 歯ぐき (腫れ ・ 痛み) ・ 歯がぐらぐら ・ 差し歯、詰め物が取れた ・ お口のケア希望 ・ 歯が無い ・ 入れ歯を作りたい ・ 入れ歯を修理したい ・ その他 []		

歯科衛生士より折り返し電話をいたします。その後訪問可能な歯科医を決定します。
かかりつけの歯科医をお持ちの方は、直接その診療所へお申し込みをしても構いません。

FAX (0564) 25-0741