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 令和　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	S・H　年　月　日　（　歳）
	電 話	（　）　－
	ＦＡＸ	（　）　－
	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	（　）　－
	ＦＡＸ	（　）　－
担当介護支援事業所	ご住所	〒
	事業所名	
	担当者名	
	電 話	（　）　－
	ＦＡＸ	（　）　－
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