

お電話でお申込みの場合

046-823-0022

必要事項やお困りごとを
お伺いいたします

(患者様の氏名・住所・電話番号・病歴・
主訴・ケアマネージャー様の事業所名
保険の種類等 をお伺いします)



F A Xでお申込みの場合

046-823-0057

申込書をホームページからダウンロード
していただき必要事項をご記入ください
ご記入後、連携室まで送信してください

**ご連絡のつくお電話番号を
必ず記載してください**

お申込み受付後、歯科医院を選定いたします (患者様の居住地や希望日・病歴などを考慮します)
歯科医院は、横須賀市歯科医師会会員で在宅歯科医療協力医に登録している歯科医院です

連携室から歯科医院 (協力医) に訪問歯科診療を依頼します

歯科医院から患者様へ直接お電話いたします (原則 お申込み当日から2、3日以内)

歯科医院と直接、訪問日をご相談ください

訪問歯科診療開始



※状況によって大学病院をご紹介することもあります。