

# 歯科訪問診療

# 申込書

# FAX 0120-648-903

お申し込み日	年 月 日			
ふりがな 患者様氏名	性別	男・女	年齢	歳
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	
ご住所				
電話番号	FAX	携帯		
駐車スペース	有 (自宅・その他)・無	エレベーター	有・無	お住まいの階層 階
保険証の有無	国保・社保・高齢者・障・介護・生保・その他( )			
介護認定	有・無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
患者様の身体状況	身体を起こすことはできますか？	可能・不可能・その他( )		
	歩くことはできますか？	可能・不可能・車椅子で移動		
	既往歴	感染症	有 肝炎( B型・C型 )(その他 )・無	
		脳血管障害・脳梗塞・糖尿病(インシュリン注射 有・無)・高血圧・肝臓病・腎臓病 (人工透析 有・無)・心臓病(心筋梗塞・狭心症・心内膜症・ペースメーカー使用)・ 肝臓病・パーキンソン病・認知症・その他( )		
通院困難な理由	脳疾患・心臓疾患・骨折・関節リウマチなどによる骨の変形症・歩行困難な疾患 ( )			
現在のお薬				
入れ歯の状態	上 (総入れ歯・部分入れ歯・なし)	下 (総入れ歯・部分入れ歯・なし)		
ご自身の歯	上 (有・無)	下 (有・無)		
主訴				
気になるところ				
ご依頼内容	健康診断・治療 ( )			
往診希望日時	月・火・水・木・金・土			
	AM :	時 分頃	PM :	時 分頃
主治医 (かかりつけ)	病院	科	先生	電話番号
	医院		先生	
ケアマネジャー様のお名前				電話番号
介護支援事業所名				FAX
ご連絡方法	患者様宅へ連絡、事業所へ連絡、ケアマネジャー様へ連絡、その他( )			
ご連絡希望日時				
ご依頼者名	お名前	続柄	電話番号	
	所属されている事業所		FAX	

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記まで FAX にてご送信をお願いいたします

## FAX 0120-648-903

### 浅賀歯科クリニック