

訪問歯科診療(歯科往診)申込書

FAX:0774-24-3719 (お掛け間違いにご注意ください!)

申込日: 年 月 日

受診者との続柄(申込者・記入者からみて)
親・兄弟・子供・ケアマネジャー・その他()

フリガナ

申込者・
記入者: お名前

電話番号

受診者	フリガナ お名前	男 ・ 女		生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日生	満 歳	
	ご住所	〒				往診先 電話番号				
①	申込み理由 <small>該当事項を○で囲み、 訴えをご記入下さい。</small>	1) 歯が痛い 2) 入れ歯が痛い 3) 入れ歯が合わない 4) 入れ歯が壊れた 5) 入れ歯を作りたい 6) 歯が折れた・抜けた 訴えを具体的に:								
②	全身状態 <small>該当事項を○で囲み、 状況をご記入下さい。</small>	1) 寝たきり 2) 準寝たきり(時々起きられる) 3) 意思疎通が難しい 4) 椅子に座れない 5) うがい(できる・できない) 6) 嚥下(できる・できない) その他 身体状況:(認知症・脳梗塞・狭心症・パーキンソン・統合失調症など) 基礎疾患名								
③	介護保険の 介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			負担割()割			
④	かかりつけ医 (医療機関)	医院名					電話番号			
⑤	ケアマネジャー	氏名	事業所名					電話番号		
⑥	医療保険 福祉	1) 医療保険(後期高齢者・国保・社保) 2) 重障老人 3) 福・障 4) 生活保護・その他()								
⑦	往診の希望曜日					デイの曜日				
その他・通信欄										

医療法人 谷歯科医院 御中
FAX:0774-24-3719