

# 訪問歯科診療申込書

※お分かりになる範囲でご記入の上お送りください 依頼日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな					性別	電話							
患者氏名	様				男・女								
					生年月日	大・昭・平			年	月	日	歳	
訪問先住所 ご自宅・施設													
	駐車場				目印								
同居 有・無	キーパーソン		お名前		続柄		連絡先						
担当CM様	事業所名				TEL								
	お名前				様		FAX						
介護保険	介護区分		要介護 ( ) ・ 要支援 ( )		負担割合		割						
医療保険	1割・2割・3割		福祉・障害・生保		明細書		要・不要						
主訴	部位				問題点								
入れ歯使用	無・有 ( 上・下 / 総入れ歯・部分 )				栄養摂取		経口・経管 ( )						
食形態	常食 ・ きざみ ・ パースト ・ とろみ ・ その他 ( )												
患者様の状態 (○・△・×)	うかがいができる ( ) 吐出しができる ( ) 起き上がれる ( ) 意思疎通 ( )												
既往症	内服薬：なし・あり→お薬手帳や薬剤情報のコピーを添付してください												
感染症	無・有 (病名 )				アレルギー		無・有 (病名 )						
通院できない理由													
主治医 <small>かかりつけがあれば ご記入をお願い致します</small>	病院名				主治医		TEL		FAX				
週間サービス状況		月曜		火曜		水曜		木曜		金曜		土曜	
	午前												
	午後												
	備考												
訪問希望日時	最短・ 月 日 ( )												

ウェルネスやわた歯科医院 愛知県豊川市野口町新屋敷27

FAX番号：0533-95-1222

※当院記入	初回予約日時	月	日	( )	午前・午後	時	分頃	連絡	済・未
-------	--------	---	---	-----	-------	---	----	----	-----