

歯科訪問診療申込書

お申込はFAXで FAX 011-876-8822

申込日 令和 年 月 日

(フリガナ)		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
電話番号：		FAX番号：		
住所	自宅	〒		
	入所先 (施設名)			

主訴 (現在気になっているお口の中の症状)

- 痛みがある (歯・歯ぐき) 歯ぐきが腫れている 出血がある
入れ歯が合わない 入れ歯がこわれた 入れ歯を作りたい
入れ歯の手入れ方法について その他 ()

通院困難な理由 脳疾患・心臓疾患・骨折・関節リュウマチなどによる骨の変形症・認知症
歩行困難な疾患
()

病気の経歴 感染症： 有り () ・無し
通院： 有り ・無し ・往診
入院：

歩くことはできますか？ 寝たきり 準寝たきり 要介護 車椅子
短時間可能 屋内可能 他 ()

身体を起こすことはできますか？ 可能 不可能 その他 ()

保険証の種類 国保 社保本人 社保家族 後期高齢者 生保 障害者

要介護度認定 非該当 要支援 () 要介護 ()

往診日のご希望

駐車スペース 有り 無し

ご連絡方法 : 1.患者様宅へ連絡 2.事業所様へ連絡 3.ケアマネジャー
4.身内・知人・その他へ () 様) 電話番号：

ケアマネジャー様のお名前： 電話番号：

事業所： FAX番号：

ご依頼者様 お名前： 続柄：
電話番号：

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。

まえた歯科

〒062-0906 札幌市豊平区豊平6条3丁目5-1 パークウェル豊平1F

TEL:011-876-8800 FAX:011-876-8822