

訪問歯科申込み票

FAX:043-441-7262



お申し込み日： 月 日() 時

フリガナ		性別	生年月日	年齢	電話番号
患者様氏名	様 男・女		大・昭・平 年 月 日	歳	
ご住所	〒	駐車スペース			エレベーター
		有・無			有・無
ご依頼内容	治療希望(訪問初診:初めて利用)・治療希望(訪問再診:過去に利用)・検診希望				当医院外来通院歴 有・無
主訴	(現在気になっているお口の中の症状)		お口の状態		痛み
			総入れ歯・部分入れ歯・自分の歯		有・無
病歴	心臓疾患(心筋梗塞・弁膜症・中隔欠損・ペースメーカー使用)・高血圧症 糖尿病(インシュリン投与:有・無)・腎臓病(透析:有・無)・認知症(重度・軽度) 肝炎(A型・B型・C型)・その他() ※感染症⇒有り()・無し・不明 ※医科通院⇒有り・無し・往診				
通院困難な理由	認知症(重度・軽度)・悪性腫瘍・脳疾患(脳梗塞 左・右・脳卒中・脳溢血) 骨折(腰椎・大腿骨・膝関節)・変形症(腰椎症・関節症・膝関節症)・ 関節リマウチ(上肢・下肢)機能全廃・筋萎縮症・パーキンソン病・脊髄損傷 その他()				
保険証の種類(医療)	国保・社保(本人)・社保(家族)・後期高齢者・生保・障害者				
保険証の種類(介護)	介護認定	有・無・申請中			
		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
ケアマネジャー	お名前	事業所名			TEL:
	様				FAX:
緊急連絡先	お名前	ご住所			TEL:
	様	〒			携帯:
	(患者様とのご関係)				FAX:
ご連絡方法	患者様宅へ連絡・身内()の方へ連絡・事業所様へ連絡・その他()				
訪問のご都合など	※火・土(PM)・日・祝は休診日となります。訪問時間 9:00~12:30・13:30~18:00の間 都合の悪い曜日 都合の悪い時間帯				
連絡事項					

ご依頼者様(患者様とのご関係)	お名前	TEL:
		FAX:
ご紹介元(施設・事業所)	ご担当者	TEL:
		FAX:

お手数ですが上記ご記入の上、下記までFAXにて送信お願い致します。



FAX:043-441-7262

TEL:043-441-7261 休診日:火・土(PM)・日・祝
 受付時間:9:00~12:30・13:30~18:00
 千葉県千葉市若葉区西都賀1-21-8 杉山ビル1F