

在宅/有料老人ホーム/グループホーム等ご利用の方

公園通り歯科医院 宛

F A X 076-475-8882

## 歯科訪問診療申込書

【申込日】令和 年 月 日

申込者氏名	
患者さんとの関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
電話番号	
請求書先	〒

	ふりがな	訪問先
受診者希望者 (患者) 氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	
住所	〒	
電話番号	(日程連絡先)	

主訴	<input type="checkbox"/> 歯/歯肉痛い (痛い・腫れた) <input type="checkbox"/> 入れ歯 (合わない・壊れた) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	担当ケアマネジャー ( ) TEL ( )
	・生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・医療保険証 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・現在服薬中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・かかりつけ歯科医院 ( ) ・かかりつけ主治医 ( )	
患者さんの状態	<input type="checkbox"/> 食事補助必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 自力で移乗可能 <input type="checkbox"/> 移乗に介助が必要	
駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

訪問診療希望日 ※希望通りに日程調整すると待ち日数が長くなることをご了承ください

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

←都合が悪い曜日に×印を  
お願いいたします。

薬剤情報、保険証、介護保険証、介護負担割合証の提示をお願いいたします。

担当ケアマネジャーの方は、フェイスシートも含め上記のものと一緒に F A X お願いいたします。