

訪問歯科申込み票 FAX : 042-440-0821

お申し込み： 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)・関節リウマチ (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 (患者様とのご関係)		〒		携帯:
					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					
連絡事項					
ご依頼者(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。

〒182-0007 東京都調布市菊野台2-22-2サンライズメディカルビル1F
 訪問歯科専用ダイヤル: 070-4458-1234 医院外来TEL: 042-440-0821

FAX : 042-440-0821

