

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
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・ペースト・とろみ・その他 ()						
患者様の状態 (○・△・×)	うがいができる () 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 ()						

まつば藤城歯科医院 愛知県豊橋市松葉町3-59

FAX番号：0532-21-6334

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