

訪問歯科申込票

※皆様のご自宅、施設まで訪問診療いたします。



0120-733-418



0120-733-654

担当Dr 先生

※太枠内をご記入下さい。

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢			
氏名	様	男 女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	才			
ご住所		TEL (ご自宅)					
特記事項							
アポイントのご連絡	ご自宅 (申込者様: どの親戚: お名前: 様)・ケアマネ・ご依頼者・他 ()						
訪問可能日時 (可能な日時は全てご記入ください)	月	火	水	木	金	土	日

ご希望 (どちらかに○をつけてください)	主	
健診希望	治療希望	訴

保健の種類	国保	社会保険 (本人・家族)	前期高齢者	後期高齢者	障害者	生保	
介護保険	要支援	1	2	3	4	5	なし
通院困難理由	寝たきり	車椅子を使用	短期歩行可能 ⇒ 介助が必要	歩行可能			
病気の経歴	・脳疾患 (脳梗塞、脳卒中、脳溢血) ・パーキンソン ・筋ジストロフィー ・リウマチ ・心臓病 ・心不全 ・アルツハイマー ・変形性腰椎症 ・感染症 () ・その他 ()						
診療の立会いの有無	有	(ご家族 ・ それ以外)	無				

ご依頼者様情報

ご連絡先 (事業所名)		ご依頼者様	様
電話番号		FAX番号	

ケアマネ情報

事業所名		ケアマネージャー様	様
電話番号		FAX番号	
緊急連絡先 (携帯)		E-mail	
歯科診療情報提供書の希望送付方法	<input type="checkbox"/> FAXのみ <input type="checkbox"/> FAXと担当チームからの電話説明 (携帯 <input type="checkbox"/> 事業所)	介護事業所番号	
ご住所	〒		

訪問確定日 月 日 () : 頃

お問合せ先

日本歯科予防センター



0120-733-418

※この情報は訪問歯科診療に関する以外に使用いたしません。

FAX 0120-733-654