

訪問歯科診療(歯科往診)申込書

FAX:0774-24-3719 (お掛け間違いにご注意ください!)

申込日: 年 月 日

受診者との続柄(申込者・記入者からみて)
親・兄弟・子供・ケアマネジャー・その他()

フリガナ

申込者・
記入者: お名前

電話番号

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|--|------|------------------|----------------|-------------|---------|------|--------|--|
| 受診者 | フリガナ お名前 | 男 ・ 女 | | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生 | 満 歳 | |
| | ご住所 | 〒 | | | | 往診先 電話番号 | | | | |
| ① | 申込み理由 <small>該当事項を○で囲み、 訴えをご記入下さい。</small> | 1) 歯が痛い 2) 入れ歯が痛い 3) 入れ歯が合わない 4) 入れ歯が壊れた 5) 入れ歯を作りたい 6) 歯が折れた・抜けた 訴えを具体的に: | | | | | | | | |
| ② | 全身状態 <small>該当事項を○で囲み、 状況をご記入下さい。</small> | 1) 寝たきり 2) 準寝たきり(時々起きられる) 3) 意思疎通が難しい 4) 椅子に座れない 5) うがい(できる・できない) 6) 嚥下(できる・できない) その他 身体状況:(認知症・脳梗塞・狭心症・パーキンソン・統合失調症など) 基礎疾患名 | | | | | | | | |
| ③ | 介護保険の 介護度 | 要支援 1・2 | | 要介護 1・2・3・4・5 | | | 負担割()割 | | | |
| ④ | かかりつけ医 (医療機関) | 医院名 | | | | | 電話番号 | | | |
| ⑤ | ケアマネジャー | 氏名 | 事業所名 | | | | | 電話番号 | | |
| ⑥ | 医療保険 福祉 | 1) 医療保険(後期高齢者・国保・社保) 2) 重障老人 3) 福・障 4) 生活保護・その他() | | | | | | | | |
| ⑦ | 往診の希望曜日 | | | | | デイの曜日 | | | | |
| その他・通信欄 | | | | | | | | | | |

医療法人 谷歯科医院 御中
FAX:0774-24-3719