

とまこまい歯科クリニック訪問診療申込書

FAX 0144-36-1114

下記の項目に○印または具体的内容のご記入をお願いいたします。
 保険証は毎回確認させていただきます。
 ★当院の受診は初めてですか？ （ 初めて ・ 再診 ）

申込み年月日 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男 ・ 女 様	電話番号	
			()	-
生年月日	大・昭・平 年 月 日			
住所	〒			
主訴	(現在気になっているお口の症状を具体的にご記入ください)			
感染症	有 (肝炎・梅毒・MRSA) 無			
全身疾患について	脳疾患・麻痺(有・無) 心疾患() 骨折 (部位:)		高血圧 (/) 認知症 その他	
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間歩行可能・屋内のみ可能			
保険証種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者・生活保護・障害			
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在お使いのサービス	(例) : 10時 ~ 11時 (ヘルパー)			
	月曜日:	時	~	時 ()
	火曜日:	時	~	時 ()
	水曜日:	時	~	時 ()
	木曜日:	時	~	時 ()
	金曜日:	時	~	時 ()
	土曜日:	時	~	時 ()
お支払方法	在宅の方 (ご本人様・ご家族様) とやり取り希望 施設に入居されているご本人様 (施設の方立会い 可・不可)・施設様			
ケアマネージャー様氏名	事業所	電話番号	FAX	
様		() -	() -	
訪問先住所				
ご本人以外の方への連絡先	お名前 様		続柄	
	電話番号 () -			
ご依頼者	様		電話番号 () -	

※ 薬剤情報(お薬手帳のコピー、服用中のお薬の情報)、フェイスシート等ございましたらお送りください



とまこまい歯科クリニック
TOMAKOMAI Dental Clinic