

訪問歯科往診依頼票

お申し込みはFAXで 046-244-6360

依頼日 年 月 日

施設・事業所名	フリガナ	
	依頼者名	様
住所		
電話番号	FAX	
職業	1. ケアマネージャー 2. 看護師 3. ヘルパー 4. その他 ()	

フリガナ		患者様 電話番号	
患者様氏名	様		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所			
保険証種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 障害 ・ 生保 ・ その他 ()		
要介護認定	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
病歴 (正式名称)	現在の病名 () 感染症 有 () ・ 無		
	病歴 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 高血圧・認知症・パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	キーパーソンとなる方の連絡先 (ご予約先などを確認させていただきます。)		
1. ご本人様 2. ご家族様 3. 後見人様 4. ケアマネージャー様 5. その他 ()			
フリガナ		電話番号	
氏名	様	住所	

主訴	1. 歯の痛み 2. 歯ぐきの痛み 3. 入れ歯の調整 4. 入れ歯の作成希望 5. 口腔ケア 6. その他 ()						
	具体的に						
連絡事項	週間サービス予定や診療の際の留意点をお書き添えください。						
往診希望日	曜日、希望時間帯に○をお付けください。(複数可)						
	曜 日	月	火	水	木	金	土
	時間帯	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後	午前 / 午後

※FAX 到着後、当医院から患者様にご連絡し、初診日時を決定いたします。

担当ケアマネージャー様には初診日時が決定後、電話又はFAXにてご報告させていただきます。

※初診検診結果に付きましても、ケアマネージャー様にご報告させていただきます。

訪問専用

つきみ野歯科医院

Tel.046-244-6363 Fax.046-244-6360