

医療法人 田中歯科医院

# 訪問歯科診療(歯科往診)申込書

FAX:0837-22-5596(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	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: 該当事項を○で囲み、訴えをご記入ください。					
② 全身状態	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・総合失調症など) 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 田中歯科医院 御中

FAX:0837-22-5596

※分からない点はお気軽にお電話でお問い合わせください。TEL:0837-22-6480