

あさひ歯科クリニック 訪問歯科診療申込書

ご依頼内容	治療 ・ 相談	お申込日		
		20	年	月

患者様氏名	ふりがな	性別	男	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和		
			女			年	月
ご住所	▶ 電話番号						
	< 施設名 >						(階 号室)
介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	負担割合	1・2・3割	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
保険証	国保 ・ 社保 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 重心 ・ その他 ()						
主訴	現在気になっているお口の状態						
ご病気 (病歴含む)	<u>※診療情報提供書を頂いた場合は、記入の必要はありません。</u>						
	脳疾患 (脳梗塞・脳卒中・脳溢血など) ・ 骨折 (腰椎・大腿骨・膝関節など) ・ 膝関節症 ・ じん肺						
	変形症 (腰椎・頸椎・膝関節) ・ 認知症 ・ パーキンソン病 ・ 精神疾患 (統合失調症・重度の鬱状態)						
感染症	無 ・ 有 ()	備考					

ケアマネージャー	居宅事業所名	電話
		FAX

ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯						
理由						
ご連絡方法	事業所ご担当者様へ ・ 患者様宅へ その他()				駐車スペース	有 ・ 無

ご依頼者名	事業所・病院名				
	ご担当者名: 様				
電話番号			FAX番号		

↓ 訪問歯科診療のお申込みこちらから

FAX番号 011-868-4183