

訪問歯科診療をご希望の際は、本用紙をご活用下さい。

わかるところだけ記入してください

歯科往診申込書 FAX送信先 6478-9280

申込日時 年 月 日 午前・午後 時

ご依頼者 (本人・家族・病院・施設・事業所名)	担当者
電話番号 ()	FAX番号 ()

フリガナ	性別	年齢	家族構成	家族状況
患者氏名	様 男 女	歳		
キーパーソン(介護者)	お名前		ご関係	
訪問先	自宅・入所先 市		電話番号	
			()	

駐車スペース 有・無
場所

寝たきりになられた理由、通院困難なご事情 (病歴)

発病年月日: 年 月頃

身体状況

歩行: 全介助・部分介助・自立 移乗: 全介助・部分介助・自立
 座位保持: 全介助・部分介助・自立 食事: 全介助・部分介助・自立
 意志疎通: 可・不可・困難 食形態: 常食・介護食 ()・非経口

※薬アレルギー
有・無

※肺炎の既往
有・無

※感染症
有・無

患者の要望

お困りのこと

保険証の種類	介護度 ()・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者			
担当 ケアマネジャー	お名前	事業所名	電話番号	FAX番号
ご連絡方法	患者宅へ電話 ・ ご依頼者へ電話 ・ その他 ()			
ご連絡希望日時				
その他 連絡事項				