※※※ この「FAX専用申込用紙」をコピーしてお使い下さい ※※※

京極ようてい歯科

# 訪問歯科診療申込書

| ご依頼内容 | 治療　・　検診 | お申し込み日<br>20　年　月　日 |
|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 患者様<br>氏名 | ふりがな | 性別 | 男<br>女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年　月　日　歳 | |
| ご住所 | ＜施設名＞ | | | ▸電話番号<br>（　階　号室） | | |
| 介護認定 | 有・無・申請中 | 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・障害・その他（　） | | | | | |
| 主訴 | 現在気になっているお口の状態 | | | | | |
| ご病気<br>(病歴含む) | ※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。<br>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<br>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）<br>後遺症による半身、全身マヒ・その他（　） | | | | | |
| 感染症 | 有（　）・無 | 備考 | | | | |

| ケアマネージャー様のお名前 | 事業所名 | 電話<br>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<br>※お分かりになる範囲で構いません | | | | | | |
| 理由<br>※お分かりになる範囲で構いません | | | | | | |

| ご連絡方法 | 事業所ご担当者様へ　・　患者様宅へ<br>その他（　） | 駐車スペース | 有　・　無 |
|---|---|---|---|

| ご依頼者名 | 事業所・病院名<br>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　**0136-41-2223**

お問合せ窓口　TEL　0136 - 41 - 2222　〒044-0101 虻田郡京極町字京極216

※※　ご提供頂いた患者様情報は診療を目的とした事柄においてのみ使用し、厳密に保管・管理致します。※※