

# 歯科往診申込書

お申し込みはFAXで 0794-89-0108

お申込年月日 20 年 11 月 8 日

フリガナ 患者様氏名	三木 タロウ 三木 太郎 様	性別 男 女	年齢 88 歳	電話番号 ( 0794 ) 1X - 8241
---------------	-------------------	--------------	------------	----------------------------

住所 (ご自宅) 住所 (入所先・施設名)	三木市大村6-6-X	施設名 老人保健施設〇〇苑
--------------------------	------------	------------------

ご依頼内容	治療 ・ 検診	を希望します。
-------	---------	---------

主 訴 (現在気になっている症状をご記入下さい)

入れ歯が安定しない為、食べ物が噛めないので診て欲しい

現在 ご 病 気 で通院されていますか 通院はしていない / 通院中 / 往診を受けている / 入院中

病気の経歴 ⇒ (病名、症状などを詳しくご記入下さい。)

脳梗塞の後遺症の為、右片麻痺

感染症について ⇒ 現在 A , B , C 型 肝炎 / その他 ( ) で通院している ・ 感染症はなし

寝たきり ・ 歩行可 ⇒ 介助が必要 / 車椅子使用 / 短時間歩行可 / 屋内で歩行可 ( )

保険証等の種類 ⇒ 国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 老人保健 ・ 障害者 ・ 生保

介護保険の介護度 ⇒ 要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5 ・ 持っていない

歯科往診のご利用は ⇒ 初めて ・ 以前にもある ⇒ 年 月 日 (歯科医院名 )

連絡方法 ①患者様宅に電話 ②事業者様に電話

③身内・知り合いに電話 ( 様) TEL: ( ) -

④緊急連絡先・その他 ( )

ご連絡希望日時 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日 時頃を希望

往診都合の悪い日 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日

駐車スペース ある ・ なし ( 連絡時に駐車場所、説明いたします )

ご連絡事項 患者様宅に連絡前に担当ケアマネージャーに連絡して下さい。

ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号
〇〇 〇〇	〇〇居宅介護支援事業所	0794-89-111X	0794-33-111X

事業所名 (施設、病院、家族)	〇〇デイサービスセンター	担当者名	三木 〇〇
電話番号 ( 0794 )	7X - 8241	FAX番号 ( 0794 )	6X - 8241

# 歯科往診申込書

お申し込みはFAXで 0794-89-0108

お申込年月日 年 月 日

フリガナ	男 女	年 齢 歳	電話番号 ( ) -
患者様氏名 様			

住所（ご自宅）	都 道	施設名
住所（入所先・施設名）	府 県	

ご 依 頼 内 容	治 療 ・ 検 診	を希望します。
-----------	-----------	---------

主 訴（現在気になっている症状をご記入下さい）

現在ご病気で通院されていますか 通院はしていない / 通院中 / 往診を受けている / 入院中

病気の経歴 ⇒（病名、症状などを詳しくご記入下さい。）

感染症について ⇒ 現在 A , B , C 型 肝炎 / その他（ ）で通院している ・ 感染症はなし

寝たきり ・ 歩行可 ⇒ 介助が必要 / 車椅子使用 / 短時間歩行可 / 屋内で歩行可（ ）

保険証等の種類 ⇒ 国保 ・ 社保本人 ・ 社保家族 ・ 老人保健 ・ 障害者 ・ 生保

介護保険の介護度 ⇒ 要支援 1・2 要介護 1 2 3 4 5 ・ 持っていない

歯科往診のご利用は ⇒ 初めて ・ 以前にもある ⇒ 年 月 日（歯科医院名）

**連絡方法**

①患者様宅に電話 ②事業者様に電話

③身内・知り合いに電話（ ）様 TEL：（ ）

④緊急連絡先・その他（ ）

ご連絡希望日時 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日 時頃を希望

往診都合の悪い日 ⇒ 月 火 水 木 金 土 日

駐車スペース ある ・ なし（ ）

**ご連絡事項**

ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号

事業所名 （施設、病院、家族）	担当者名
電話番号（ ）	FAX番号（ ）