

歯科往診申込書

| | |
|-----------------|------------------|
| お申込先 訪問歯科診療実施医院 | TEL 06-6324-1754 |
| 医療法人円周会 | FAX 06-6323-0048 |

| | |
|----------------|-----------------|
| ご依頼者氏名(フリガナ) | 事業所名 |
| 様 | |
| 電話番号 () - () | FAX番号 () - () |

| | | |
|--------------------|---------------------|------------|
| 連絡方法 | ①ご利用者(ご本人)さま宅に電話 | ②ご依頼者さまに電話 |
| ③お身内・お知り合いに連絡 ()様 | TEL: () - () | |
| ④その他 () | | |
| ご連絡ご希望日時⇒ | 月 火 水 木 金 土 の 時頃を希望 | |
| 駐車スペース | ある ・ ない () | |

| | | | | |
|--------------------|---|-------|---------|----|
| ご利用者(患者)さま氏名(フリガナ) | 男 | 生年月日 | M T S H | 年齢 |
| 様 | 女 | 年 月 日 | | 歳 |

| | | |
|----|-----|--------|
| 住所 | 府 県 | 独居 |
| | | ()と同居 |

| | |
|----------------|-----------------|
| 電話番号 () - () | FAX番号 () - () |
|----------------|-----------------|

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

| | | | | | | | | |
|---------|-------|--------|---------|---------|--------|---------|------|------|
| 保険証等の種類 | 国保 社保 | 高齢受給者証 | 後期高齢者医療 | 一部負担助成証 | 障害者医療証 | 特定疾患医療証 | 生活保護 | 被爆者証 |
|---------|-------|--------|---------|---------|--------|---------|------|------|

| | | |
|----------|--------------------------------|-------------|
| 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 | 寝たきり・歩行可() |
|----------|--------------------------------|-------------|

| | |
|-------|-----------------|
| 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事をご記入下さい。)

病気の経歴⇒(病名、症状などを詳しくご記入下さい。) ・ 現在のご病気で⇒往診・通院・入院はしていない。

感染症: 無 ・ 有()

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| 現状の介護サービス日程(内容・時間) | ex デイサービス 9:00~16:00 訪看 12:30~13:30 等 |
| 月 | 火 |
| 水 | 木 |
| 金 | 土 |

※歯科医師がお伺いする際、注意すべき点がございましたらご記入下さい。

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| どちらで歯科往診サービスを知りましたか? | パンフレットを見て(薬局・役所・その他) ・ 車を見て ・ ご紹介() |
|----------------------|--------------------------------------|

可能な範囲で結構ですのでご記入願います。
治療は全て保険診療で行います。
交通費等の費用は必要ありません。



医療法人円周会 **くろだ歯科医院**