

歯科往診申込書

お申し込みはFAXで 079-454-6667

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）	施設名
住所（入所先・施設名）	

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（ ）

歯科往診申込書

お申し込みはFAXで 079-454-6667

お申込年月日 23 年 11 月 8 日

フリガナ カコガワ タロウ	男	年齢 88 歳	電話番号 (079) 111X - 8241
患者様氏名 加古川 太郎 様	女		

住所（ご自宅）	施設名
住所（入所先・施設名） 加古川市加古川町備後60-1	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
新 〇〇	〇〇居宅介護支援事業所	079-333-111X	079-333-111X

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	加古 〇〇
電話番号 (079)	77X - 8241	FAX番号 (079)	66X - 8241

ご提供頂いた情報は、個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

治療・ご相談申込連絡先 TEL 079-454-6666 / FAX 079-454-6667

あたらし歯科医院