

訪問歯科診療依頼書

フリガナ 患者さまのお名前	_____ (男・女) 生年月日： _____
ご住所	〒 _____ 家族構成[独居・同居者あり] 駐車場[あり・お家の前・なし]
お電話番号	_____
治療希望者	本人・家族・職員・その他(_____)
キーパーソンさまのお名前	_____ 続柄 _____
ご住所	_____
お電話番号	_____
主訴	例：「〇〇の歯が痛い」、「歯磨きすると出血する」、「飲み込みの状態を診てほしい」など 具体的にご記入ください。 主訴のみの改善を希望・定期的な受診を希望
義歯の使用状況	使用している・持っているが使用していない・持っていない
主たる疾患名	※要介護認定を受けられることになった原因疾患は○でお困みください
要介護状態	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) ※要支援の方は担当医からの診療情報提供書が必要となります
現在の食形態	_____
医療機関	名称 _____ Tel _____ 主治医 _____
投薬情報	※申込時に別添いただくか、初診時にお薬手帳のご用意をお願いいたします
感染症	有(疾患名 _____)・無
出血傾向	有・無
その他注意事項	_____
介護サービス等の利用日	※月～土で介護サービス等を利用しているため、往診がNGの曜日や時間帯がございましたらご記入ください。
ケアマネージャー	事業所様名 _____ ご担当者名 _____ ご連絡先 Tel : _____ fax : _____
ご紹介者様	事業所様名 _____ ご担当者名 _____ ご連絡先 Tel : _____ fax : _____

※医院記入欄

ご請求方法
往診時・本人様へ郵送・キーパーソン様へ郵送
その他(_____)



有貴歯科クリニック

〒359-1141

埼玉県所沢市小手指町3-9-1

グランデール小手指2号1-C

TEL 04-2968-5419 FAX 04-2947-6886