訪問歯科診療依頼書

FAX⇒04-2947-6886

※ 訪問歯科診療は同月に外来を受診していたり、他の歯科に受診されていた場合はすぐに受診できない場合があります。
最後に歯科の治療を受けられたのはいつですか？ ー （ 年 月頃）
⇒ 訪問可能 □

申込者	本人 ・ 家族 ・ CM ・ その他（ ）
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	
要介護状態	※要介護認定を受けられることになった原因疾患は〇でお囲みください 要介護（ 1 2 3 4 5 ） 要支援（ 1 2 ）
障害高齢者の日常生活自立度	※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 J（ 1・2 ） ・ A（ 1・2 ） ・ B（ 1・2 ） ・ C（ 1・2 ）
認知高齢者の日常生活自立度	Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M
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	

※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