

歯科往診申込書 (記入例)

お申し込みはFAXで

072-723-9400

お申込年月日

年

月

日

フリガナ

ヤマダ ハナコ

男

年齢

電話番号

患者様氏名

山田 花子 様

女

81 歳

(06)8241-8241

住所

大阪府 箕面市箕面6-5-7

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その他 (留守の時は携帯へ連絡ください 090-9999-888X)

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 (家の前が駐車場になっています)

ケアマネージャー様のお名前

事業所名

電話番号

FAX番号

黒木 ○○

○○居宅介護支援事業所

06-3333-111X

06-3333-222X

事業所名 (施設、病院、家族)

○○介護支援センター

担当者名 箕面 由美

電話番号 (06) 7777 - 666X

FAX番号 (06) 7777-665x

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.0120-489-648 FAX.072-723-9400

ヨヤクムシバ

歯科 往診 申込書

お申し込みはFAXで 072-723-9400

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 都 道
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 ()

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 ()

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 () -