

この申し込みフォームを印刷してお使いください。

訪問歯科診療ファックス申し込み書

(送信先ファックス番号 0258-89-8134)

ご記入日	平成	年	月	日					
ふりがな				性別	年齢	電話番号			
患者様氏名	様			男 ・ 女	歳				
ご住所	自宅 入所先 (施設名)	都道 府県							
ご依頼内容	治療 ・ 検診 を希望します								
主 訴	入れ歯を作りたい・痛みがある・入れ歯があわない・歯茎が腫れている・出血している 抜歯してほしい・口臭がある・詰め物、かぶせ物がとれた・口腔ケアをしてほしい 検診をしてほしい・虫歯の治療・その他 ()								
通院でき ない理由									
病 歴	心臓病 腎臓病 糖尿病 喘息 甲状腺 脳梗塞・脳卒中・脳出血 高血圧 低血圧 認知症 骨折等 肝臓病→A型・B型・C型 パーキンソン病 骨粗鬆症 その他感染症 () その他 ()								
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他 ()								
保険証種類	介護度	要支援 要介護	国保	社保	前期高齢者	後期高齢者	生活保護	障害者	種 級
ケアマネージャー様のお名前	事業所		電話番号		ファックス番号				
ご連絡方法	1. 患者様宅へ電話 2. 事業所様へ電話 3. 身内・知人その他へ電話 ()様 TEL ()								
ご希望連絡日時						駐車スペース	有り・無し		
往診日のご都合など									
ご連絡事項									

ご依頼者様 (事業所・病院・家族)	担当者様
電話番号 ()	ファックス番号 ()

*個人情報のお取り扱いには十分注意し、申し込みとカルテ作成のため使用いたします。無断で外部にデータを提供することはありません。