

【歯科訪問診療の申込書 室川ファミリー歯科】

| | | |
|---------------------|---|-----------------------------------|
| ご依頼者（家族） | | 続柄 |
| ご依頼者 （施設・事業所・病院） | | 施設等の名称 |
| 患者様氏名 | | 【性別】 男 女 【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 |
| 訪問先の住所 | 〒 - 駐車場 あり なし | |
| 訪問診療についての 電話連絡先 | | 担当者名 |
| 主訴 （相談したいお口の症状） | 入れ歯の修理・入れ歯作りたい・口腔ケア（汚れ取り） 虫歯の治療・その他〈 〉 | |
| 通院困難な事情 病歴 | | |
| 歯科通院歴（最後の受診） | 外来 or 訪問診療 | 半年以内、1年前、数年前 |
| 身体の状況 | 歩行：全介助・部分介助・自立 | 意思の疎通：可・不可・困難 |
| 保険証 | 国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保 | |
| ケアマネージャー様の お名前 | 事業所名 | 電話（ ） 携帯（ ） FAX（ ） |

【ご家族の同意】 申込日 平成 年 月 日

室川ファミリー歯科に上記患者様についての歯科診療を依頼します。

氏名 印 続柄

住所（連絡先・請求先）

〒 -

電話番号