訪問歯科診療申込書

お申込みはＦＡＸでお願い致します。０５５－９２１－３５８４

※フェイスシート等を同送される場合、記入されている情報につきましては記入不要です。

お申込み日　　年　　月　　日　　ご記入者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご記入者連絡先（　　）　　－

患者様氏名	ふりがな	生年月日	性別
		（M・T・S・H） ・　・	

住所	〒	ＴＥＬ（　　） －
依頼内容	治療　・　口腔ケア　を希望します。 緊急性　（なし・あり）　□他（　　）※○をつけてください	
主訴	（例：歯が痛い・入れ歯が合わない・とにかく診てほしいなど）	
通院困難な理由	（例：脳梗塞にて歩行困難・認知症にて体幹の安定保てずなど） 理由：	
	他の医院への通院　⇒　なし・あり・往診（あり）　※○をつけてください	
歩行状態	寝たきり・順寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他（　　）	

ご連絡先⇒　上記のＴＥＬ・上記御記入者・下記の事業所・その他（ＴＥＬ　　）
※○をつけてください　　ご関係＿＿＿＿＿＿

駐車場⇒　なし　・　あり　　【軽乗用車１台分】　　※○をつけてください

過去に当医院にかかっとことの有無⇒　なし　・　あり

介護保険⇒なし・あり　　国民健康保険⇒なし・あり　　重度障害者受給者証⇒なし・あり
生活保護⇒なし・あり　　※○をつけてください

担当ケアマネージャー　氏名	事業所名	ＴＥＬ	ＦＡＸ
		（　　） －	（　　） －

下記、資料がございましたら☑の上、申込書と一緒にお送りください。
□フェイスシート　□介護保険証＋負担割合証　□お薬情報　□健康保険証　□他（　　）

ご紹介者様がいましたら	＿＿＿＿＿＿＿＿様

植松歯科医院　〒410-0059 沼津市若葉町 17-27

ＦＡＸ送信後、原則２～３日以内でこちらからご連絡致します。
なお、連絡がない場合は右記へご連絡下さい。

ＴＥＬ：０５５－９２４－３５３５
往診ＴＥＬ：０８０－４２２２－６４８０