

# 歯科往診申込書

お申し込みはFAXで072-763-4618

お申込年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

|  |   |                |                |
|--|---|----------------|----------------|
| フリガナ ヤマダ 〇〇〇                               | 男   | 年齢             | 電話番号           |
| 患者様氏名 山田 〇〇 様                              | 女   | 81 歳           | 0000(0000)0000 |
| 住所 自宅 〇〇〇 都道府県                             | XXXXXXXXXXXXXXXX                                    |                |                |
| 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お口の中の症状)<br>入れ歯が安定しないため、咬むと痛い |   |                |                |
| 通院困難なご事情 (病気の経歴)                           |   | ※感染症⇒有り( )・無し  |                |
| 脳梗塞の後遺症のため左片麻痺                             |   | ※通院⇒有り・無し・往診   |                |
|  |   | ※入院            |                |
| 歩行状態                                       | 寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他( )                  |                |                |
| 保険証の種類                                     | 介護度( J ) 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者              |                |                |
| ケアマネージャー様のお名前                              | 事業所名  | 電話番号           | FAX番号          |
| 鈴木 〇〇                                      | 〇〇居宅介護支援事業所   | 0000-0000-0000 | 0000-0000-0000 |
| ご連絡方法                                      | 1. 患者様宅へ電話 2. 事業所様へ電話<br>3. 身内・知人・その他へ電話( )様 TEL( ) |                |                |
| ご連絡希望日時                                    | 水曜と金曜日以外  |                |                |
| 往診日のご都合など                                  | 月曜と木曜日以外で往診をお願いします                                  |                |                |
| 駐車スペース                                     | 有り・無し   | サービスを知ったきっかけ   | 薬局でパンフレットを見て   |
| ご連絡事項                                      |   |                |                |
| ご依頼者 (事業所・病院・家族)<br>〇〇〇介護支援センター            |   | 担当者名<br>佐藤 〇〇  |                |
| 電話番号                                       | 0000(0000)0000                                      | FAX番号          | 0000(0000)0000 |

ご提供頂いた情報は、当院の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

# 歯科往診申込書

お申し込みはFAXで072-763-4618

お申込年月日 年 月 日

|  |   |              |       |         |
|--|---|--------------|-------|---------|
|  | フリガナ  | 男<br>・<br>女  | 年 齢   | 電 話 番 号 |
| 患者様<br>氏 名                             | 様   |              | 歳     | ( )     |
| 住 所                                    | 自 宅<br>入 所 先<br>(施設名)                                       | 都 道<br>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お口の中の症状)                  |   |              |       |         |
| 通院困難なご事情 (病気の経歴)                       |   |              |       |         |
| ※感染症⇒有り( )・無し<br>※通 院⇒有り・無し・往診<br>※入 院 |   |              |       |         |
| 歩行状態                                   | 寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他 ( )                         |              |       |         |
| 保険証の種類                                 | 介護度( ) 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者                        |              |       |         |
| ケアマネージャー様のお名前                          | 事業所名  | 電話番号         | FAX番号 |         |
|  |   |              |       |         |
| ご連絡方法                                  | 1. 患者様宅へ電話      2. 事業所様へ電話<br>3. 身内・知人・その他へ電話 ( ) 様 TEL ( ) |              |       |         |
| ご連絡希望日時                                |   |              |       |         |
| 往診日のご都合など                              |   |              |       |         |
| 駐車スペース                                 | 有 り ・ 無 し   | サービスを知ったきっかけ |       |         |
| ご連絡事項                                  |   |              |       |         |
| ご依頼者 (事業所・病院・家族)                       |   |              | 担当者名  |         |
| 電話番号                                   | ( )   | FAX番号        | ( )   |         |

ご提供頂いた情報は、当院の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

アゼリアデンタルクリニック TEL 072-763-4618