訪問歯科診療申込書

氏名	フリガナ	年齢	性別	電話番号
			男・女	

住所	自宅	〒
	入居先	(施設名：　　)

依頼内容	治療　・　検診　・　口腔ケア

現在気になっているお口の症状

通院困難なご事情(既往症)	脳梗塞、脳血栓証、くも膜下出血、脳出血・腎臓病・糖尿病・悪性腫瘍・骨折・認知症 心筋梗塞、弁膜症、中核欠損、ペースメーカー使用、関節リュウマチ(上肢・下肢)、 パーキンソン、ALS、特定疾患(　　),その他(　　)

※　肝炎：有(　　)・無

※　入院：　　※　通院：　有　・　無　・　往診

歩行状況	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・その他
保険証の種類	国保・社保(本人・家族)・前期高齢者・後期高齢者・介護度(　　)・公費 生・障

事業所名	ケアマネ様の氏名	連絡先
		☎
		FAX

連絡方法	1. 患者様宅へ電話　2. 事業者様へ電話　3. 身内・知人・その他へ電話 (　　様　電話番号　　ー　　ー　　)
連絡希望日時	月　日　：

往診希望曜日・時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後

駐車スペース	有　・　無　　特記事項
その他連絡事項	

ご依頼者（事業所・病院・家族）		ご担当者名	
☎	FAX		

医療法人社団　悠天会　せんげん台木村歯科医院

〒343-0042　越谷市千間台東２－１４－１７

☎　０４８－９７３－５５３３　FAX　０４８－９７９－９２２７