

外丸歯科 訪問歯科診療 申込書

FAXにてご送付願います。ご不明な部分は、空欄のまま結構です

外丸歯科医院 FAX番号：0279-67-2675

申込年月日 年 月 日

フリガナ 患者様氏名	男・女	
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 (歳)
保険証種別	国保・社保本・社保家・後期高齢・生保・障がい者	
訪問先住所 (病院・施設名)	〒 TEL ()	
歯科訪問診療お申込みの理由 (主訴)		
お口の中の状態 (当てはまる項目に✓)	<input type="checkbox"/> 入れ歯がない、壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔ケア不良 <input type="checkbox"/> 食べる事・飲み込む事の問題 <input type="checkbox"/> 口の乾き	
お体の状態	介護認定の有無	無・有 (要支援 ・ 要介護)
	意思の疎通	可・不可 (介護者を介して 可・不可)
	通院困難な理由	
治療中の病名		
通院中の医院・病院名 主治医ご氏名		
服用しているお薬名		
担当介護支援専門員ご氏名		

以上、申込みの記載に相違なく、訪問歯科診療の依頼を承認いたします。

本人 ご氏名

もしくはご家族・代理人ご氏名

(続柄)

御連絡先お電話番号

その他特記事項

※ご提供頂いた個人情報は、個人情報保護法に取り扱い、訪問歯科診療に関連した目的にのみ使用します。

FAX受付後、担当者よりご連絡いたします。お手数ですが、申し込み後1週間以上経過しても、連絡がない場合は、恐れ入りますが、電話によるご確認をお願いいたします。

外丸歯科医院 TEL 0279-67-2155 FAX 0279-67-2675

