

# 新札幌いった歯科訪問診療申込書 FAX 011-895-1801

下記項目につき、○印または具体的内容のご記入をお願いします。  
初診時に保険証の確認をさせていただきます。

申し込み年月日 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男 ・ 女 様	電話番号	
			( ) -	
生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所				
主訴	(現在気になっているお口の症状を具体的にご記入ください)			
感染症	有 ( 肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ) ・ 無			
通院が困難な ご事情	脳疾患・麻痺(有・無) 心疾患(具体的に: 骨折(部位:	)	高血圧 認知症 その他( )	)
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間歩行可能・屋内のみ可能			
保険証種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者・生活保護・障害			
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在お使いの サービス	(例) : 10時 ~ 11時 (ヘルパー) 月曜日: 時 ~ 時 ( ) 火曜日: 時 ~ 時 ( ) 水曜日: 時 ~ 時 ( ) 木曜日: 時 ~ 時 ( ) 金曜日: 時 ~ 時 ( )			
内服中の薬剤 (※薬情コピー でも可)	----- ----- -----			
お支払方法	在宅の方	(ご本人様・ご家族様) とやり取り希望		
	施設に入居されている方	ご本人様 (施設の方立会い:可・不可) ・施設様		
ケアマネジャー様氏名	事業所	電話番号	FAX番号	
様		( ) -	( ) -	
事業所住所				
ご本人以外の方への連絡先	ご家族	お名前 :	様	続柄:
		TEL :	( )	-
ご依頼者	様	電話番号 ( )	-	