

# 一心会 (新札幌いった歯科 厚別ウエスト歯科) 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。  
初診時や月初に保険証の確認をさせていただきます。

★当院の受診は初めてですか？ (初めて・再診)

申込み年月日 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			
全身疾患について	脳疾患・麻痺(有・無)	高血圧		
	心疾患(具体的に: )	認知症		
	骨折(部位: )	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 ( )
	土曜日:	時	~	時 ( )
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	( )	-

※薬剤情報(飲んでいるお薬の情報)やフェイスシート等をお送り下さい。