

# 小滝歯科医院 訪問診療申込用紙

※グレー部分は必ずご記入ください

記入日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご依頼者様	事業所名		TEL	
	お名前	様	FAX	

ふりがな		性別	基本連絡先 緊急連絡先	
患者様氏名	様	男・女	( 様)	
		生年月日	西暦	年 月 日

訪問先住所	(自宅・施設)		駐車場有無	
-------	---------	--	-------	--

同居 有・無	連絡先	お名前	続柄	携帯番号
--------	-----	-----	----	------

担当ケアマネ様 (介護保険対象の方)	事業所名		TEL	
	お名前	様	FAX	

介護保険	介護区分	要介護 ( ) ・ 要支援 ( )	負担割合	割
------	------	-------------------	------	---

医療保険	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 福祉 ・ 障害 ・ 生保			
------	-----------------------------	--	--	--

現在の問題点	部位	問題点

入れ歯使用	無・有 ( 上・下 / 総入れ歯・部分)	栄養摂取	経口・経管 ( )
-------	----------------------	------	-----------

食形態	常食 ・ きざみ ・ パースト ・ とろみ ・ その他 ( )
-----	---------------------------------

患者様の状態 (○・×)	うがいができる ( ) 吐出しができる ( ) 起き上がれる ( ) 意思疎通 ( )
-----------------	---

既往症	
-----	--

感染症	無・有 (病名 )	アレルギー	無・有 (病名 )
-----	-----------	-------	-----------

ペット	無・有 (種類 )	※ペット有の場合、ケージの中をお願いします
-----	-----------	-----------------------

主治医 かかりつけがあれば ご記入をお願い致します	病院名	主治医	TEL	FAX
		先生		
		先生		

ご都合の悪い 時間帯	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜

その他注意事項 (※服薬情報を添付して 頂けると助かります)	
--------------------------------------	--

Tel 0246-52-0006 Fax 0246-52-0059 【担当：受付】