

歯科往診申込書

TEL - -

FAX - -

申込日時 年 月 日 午前・午後 時

ご依頼者（本人・家族・病院・施設・事業所名）	担当者
電話番号 ()	FAX番号 ()

フリガナ	性別	年齢	家族構成	家族状況
患者氏名 様	男 女	歳		
キーパーソン(介護者)	お名前 関係			
訪問先	自宅・入所先 市		電話番号	
			()	
駐車スペース 有・無 場所				
寝たきりになられた理由、通院困難なご事情（病歴）				※薬アレルギー 有・無 ※肺炎の既往 有・無 ※感染症 有・無
発病年月日： 年 月頃				
身体状況 歩行： 全介助・部分介助・自立 移乗： 全介助・部分介助・自立 座位保持： 全介助・部分介助・自立 食事： 全介助・部分介助・自立 意志疎通： 可・不可・困難 食形態： 常食・介護食 ()・非経口				
患者の要望				
主訴（現在気になっているお口の中の症状）				
保険証の種類	介護度 ()・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者			
担当 ケアマネージャー	お名前	事業所名	電話番号	FAX番号
ご連絡方法	患者宅へ電話・ご依頼者へ電話・その他 ()			
ご連絡希望日時				
その他 連絡事項				