

安佐祇園デンタルクリニック

訪問歯科診療申込書

※ ご相談・無料検診だけでもお気軽に連絡いただけます。 お申込み日： 年 月 日

患者様氏名	フリガナ 様	性別 男・女	年齢 歳			
電話番号	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日			
訪問先住所	〒 - 【 駐車場 】 あり・なし・近隣パーキング					
保 険	国保 社保 後期高齢 生保 原爆 重障	介護度				
主 訴		現病歴及び既往歴				
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた・新しく作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がゆれている <input type="checkbox"/> 嚥下評価希望 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 訪問歯科検診(無料)		<input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 感染症 無・有 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位:) <input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()				
通院困難な理由						
ご依頼者	様 患者様との続柄 ()					
	TEL :	FAX :				
介護事業所	事業所名 :	TEL :				
	担当ケアマネージャー様 相談員様	緊急連絡先 :				
かかりつけ医院	医院名 :	連絡先 :				
訪問可能日時	月	火	水	木	金	可能な時間帯を 出来るだけ多く 教えてください
ご家族様氏名	フリガナ				続 柄	
ご家族住所	〒 - TEL () - 携帯TEL () -					
ご家族様へ 連絡可能な時間帯	曜日 時頃 ・ 随時可能					
ご連絡事項	訪問日程のご相談のため担当者よりご連絡をさせていただきます。その際にご連絡させていただく方を教えてください。 ご依頼者様 ケアマネージャー・相談員様 ご家族様 その他 ()					
以下 医 院 記 入 欄						
初回訪問日	年 月 日 () : ~					

※この情報は訪問歯科診療に関する以外に使用いたしません。

お申込み
お問合せ

安佐祇園デンタルクリニック

〒731-0138 広島市安佐南区祇園2丁目11-16ロイヤル上祇園1階

お電話でのお問い合わせは ☎ 082-874-1184



082-874-8040