たけした歯科訪問歯科診療申込書

FAX：03-3904-4186

お申し込み年月日：　　年　　月　　日

氏名（ふりがな）		生年月日	年　　月　　日		
		年齢	歳	性別	男・女
住所	自宅 入所先（施設名）	〒 駐車スペース：有・無			
電話番号	（　　）	携帯電話番号	（　　）		
主　訴	・歯が痛い・歯が欠けた・歯ぐきが（・痛い・腫れている・出血している） ・入れ歯が壊れた・入れ歯の具合が悪い・入れ歯を新しく作りたい ・被せ物や詰め物が取れた・口腔ケア希望・その他(　　)				
通院困難なご事情	※感染症：有り（　　）・無し ※通院：有り・無し・往診				
歩行状態	寝たきり・歩行可⇒介助が必要/車椅子使用/短時間歩行可/屋内で歩行				
主治医名	氏名　　医院名　　科　TEL　（　　）				
	氏名　　医院名　　科　TEL　（　　）				
担当ケアマネージャー名： 事業所名：　　TEL　（　　）					
かかりつけ歯科医（有・無）	歯科　　先生				
ご連絡方法	1.患者様宅へ連絡　　2.事業所様へ連絡 3.身内・知人・その他へ電話（　　）様　TEL（　　）				
介護認定	有（介護度：　　） 無	訪問時の 立会い予定者	家族　　（続柄　　） その他介護者（　　）		
当院を知った理由					
訪問希望日時：　月・火・水・木・金　　時頃希望					

医療法人社団仁優会　たけした歯科

東京都練馬区南田中 3-1-12　TEL 03（3904）4180/FAX 03(3904)4186