

あさがお歯科 診療申込書

平成 年 月 日

※事前にFAXで添付可能な書類がありましたら、お願い致します。

FAX 03-5943-9788

- 診療情報提供書（主治医意見書） 介護保険証
服用薬のリスト 直近のサービス利用票

○患者様について

フリガナ お名前			性別	男 ・ 女
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒 (-)		居住形態 独居 ・ 同居	
TEL			()	
保険証区分	後期高齢 (割) ・ 前期高齢 ・ 障害受給者証 ・ 生活保護 ・ 介護保険 (介護度)			
主訴 (どうされましたか?)				
往診を希望される曜日・時間帯などありましたらお願いします。				

○患者様の身体状況について (おわかりになる範囲で結構です)

認知症： 無・有 ()	アレルギー：	服用薬：
麻痺など：		
視力・聴力障害：	感染症： (具体的に)	
訪問診療依頼理由となる傷病名 (通院出来ない理由)		
主治医 医院名	TEL ()	現在の受診状況 (頻度)

○介護事業所はどちらですか？

介護事業所名	ケアマネージャー
TEL ()	FAX ()

○ご紹介先はどちらですか？

ご紹介先名	ご担当者
-------	------

○往診予約や治療内容の相談先を教えてください。

往診予約などの連絡先	ご本人・ご本人以外	診療内容についての相談先	ご本人・ご本人以外
------------	-----------	--------------	-----------

他に注意点などありましたらご記入下さい。

駐車場所 有 ・ 無 ()

歯科診療申込書

平成 年 月 日

城北歯科 行

FAX 052-524-5402

電話番号 052-524-5401

○患者様について

フリガナ お名前			性別	男・女
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒(-)			
TEL	FAX ()	居住形態	同居・独居	
保険証区分	老人医療証(割)・障害受給者証・生活保護・介護保険(介護度)			
どうされましたか？				
往診を希望される曜日・時間帯などありましたらお願いします。 (スケジュールによりご希望に添えない場合もあります。ご了承下さい)				

○患者様の身体状況について(わかる範囲で結構です)

痴 呆:	感染症:(具体的に)	
麻痺など:		
視力・聴力障害:	アレルギー:	
訪問診療依頼理由となる傷病名		
主治医 医院名	TEL ()	現在の通院状況:

○ご紹介先について

ご紹介先名	ご担当者様	
ご紹介先 ご住所	〒(-) 電話番号()・FAX番号()	
患者様との 直接連絡	可 ・ 不可 不可の場合のご連絡先()	

何か注意点などありましたらご記入下さい。