歯 科 往 診 申 込 書

**お申し込みはＦＡＸで　　　0120‐199‐505**

<フリーダイヤルがつながらない方はこちらまで>　FAX:03-5294-1150



お申込年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様  氏　名 | フリガナ | | | | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | | 年齢 | | 電話番号 | |
| 様  都道  府県 | | | | | | 明・大・昭・平  年　 月 　日 | | 歳 | | **（　　　　）** | |
| 住　所 | 自　宅  入所先  （施設名） | | | | | | | | | | | | |
| ご依頼内容 | | | | 治療　・　検診　　　　を希望します | | | | | | | | | |
| 主訴（現在気になっているお口の中の症状） | | | | | | | | | | | | | |
| 通院困難なご事情（病気の経歴）　　　　　　　　　　　　　　　　　※感染症⇒あり（　　　　　　　）・なし  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※通　院⇒あり・なし・往診  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※入　院⇒ | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行状態 | | | 寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 保険証の種類 | | | 介護度（　　）国保・社保本・社保家・前期高齢者・後記高齢者・生保・障害者（等級：　　） | | | | | | | | | | |
| ケアマネジャー様のお名前 | | | | | | 事業所名 | | | 電話番号 | | | | FAX番号 |
| （フリガナ） | | | | | |  | | |  | | | |  |
| ご連絡方法 | | 1.患者様宅へ電話　　　　　　2.事業所様へ電話  3.身内・知人・その他へ電話（　　　　　　　　　　）様　TEL（　　　　-　　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ご連絡希望日時 | | | | |  | | | | | | | | |
| 往診日のご都合など | | | | |  | | | | | | | | |
| 駐車スペース | | | | | あり　・　なし | | サービスと知ったきっかけ | | | |  | | |
| ご連絡事項 | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご依頼者 | （事業所・病院・家族） | 担当者名 | （フリガナ） |
| TEL番号 | （　　　　　　） | FAX番号 | （　　　　　　） |

ご提供頂いた情報は、当協会の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。

一般社団法人 日本訪問歯科協会 コールセンター　TEL:0120-099-505 FAX:0120-199-505