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