

# 訪問歯科診療依頼書

医療法人社団秀英会こばやし歯科医院の訪問歯科診療に申し込みます



【氏名（ふりがな）】 様	【生年月日】 年 月 日	【介護度】 要介護( ) 要支援( )				
【住所】（在宅・施設） 〒 —	【年齢】 才 【性別】 男・女 (TEL) — — (携帯) — —					
【施設名】 居室番号	駐車場の 有( )・無					
【キーパーソン（ふりがな）】	【続柄】 (TEL) — — (携帯) — —					
【住所】						
【ご依頼者】（キーパーソンと異なる場合ご記載ください） 様 TEL — —						
【住所】 〒 —						
【ケアマネージャー】 事業所名： 担当： 様 TEL — — FAX — —	【訪問看護】（介入：あり・なし） 事業所名： 担当 様 TEL — — FAX — —					
【主訴】 (○をつけるか、ご記載ください) ・歯がとれた ・歯が折れた ・入れ歯が痛い ・痛みがある ・歯が揺れている ・虫歯がある ・口の中が汚れている ・その他 ..... .....	【通院困難な理由】 (○を付けるかご記載ください) ・認知症 ・悪性腫瘍 ・脳血管疾患 ・骨折（腰椎・大腿骨・その他） ・関節リウマチ ・パーキンソン病 ・その他 ..... .....					
【現在のサービス】						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
【ご用意いただく書類・確認事項】 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 各種認定証（限度額・老初・老課）	【その他】 ご連絡事項がありましたらご記入ください					

**お手数ですがご記入いただきFAXをお願いいたします FAX 011-766-6213**

ご不明点はこばやし歯科受付011-764-6000までお問い合わせください