

# 歯科訪問診療申込書

申込日

年

月

日

☆下記欄にご記入の上、ご連絡(FAX)をお願いいたします

(フリガナ)		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	・大正・昭和 ・平成・令和	年 月 日
患者住所	(自宅)			
	(入所・入院先)			
駐車スペース	有・無 ( )			
連絡先 (電話番号)	..ご本人 ( ) ..ご家族 続柄( ) ( ) ..その他 続柄( ) ( )			
認定介護区分	..非該当    ..要支援( 度)    ..要介護( 度)    ..申請中			
保険証の種類	..医療保険(1割、2割、3割)    ..生活保護    ..障害者    ..その他( )			
既往歴 (全身疾患)				
現在の服薬				
ご相談内容	..歯が痛い    .. 歯茎が腫れた    ..歯がぐらぐらする    ..口臭がある ..口が汚れている    ..入れ歯の不調    .. 飲み込みの検査をしてほしい ..その他( )			

## 主治医情報

診療所名		医師名	
------	--	-----	--

## ケアマネジャー情報

フリガナ		事業所名	
氏名			
住所			
電話番号	( )	FAX番号	( )

## カマタ歯科診療所

〒247-0056

鎌倉市大船2-6-20 MCH大船1F

TEL: 0467-39-5800

FAX: 0467-39-5801