

歯科訪問診療申込書

☆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)	<input type="checkbox"/> ご本人 ()			
	<input type="checkbox"/> ご家族 御関係() ()			
	<input type="checkbox"/> その他 御関係() ()			
認定介護区分	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援(度) <input type="checkbox"/> 要介護(度) <input type="checkbox"/> 申請中		
保険証の種類	<input type="checkbox"/> 医療保険(1割、2割、3割) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他()			
既往歴 (全身疾患)				
現在の服薬				
ご相談内容	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 口が汚れている <input type="checkbox"/> 入れ歯の不調 <input type="checkbox"/> 飲み込みの検査をしてほしい その他()			
希望歯科医師	<input type="checkbox"/> 院長 <input type="checkbox"/> 代診 <input type="checkbox"/> どちらでも			

主治医情報

診療所名		医師名	
------	--	-----	--

ケアマネジャー情報

ふりがな		事業所名	
氏名			
住所			
電話番号	()	FAX番号	()



医療法人社団
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