訪問歯科診療　申込書

申込日：　　年　　月　　日

当院に通院歴あり	□あり　（カルテNo.　　）　□なし		
（フリガナ） 患者様氏名		性別	男性　・女性
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日生（　　歳）		
訪問先のご住所	（自宅・入所先・入院先） 〒		
ご連絡先の☎	（自宅・入所先・入院先） （　　）　ご連絡希望時間　AM　PM　時頃		
駐車スペース	有　・　無　（　　）		

（フリガナ） ご依頼者様 氏　名		続柄 又は 関係	
ご住所	〒		
電話番号	（　　）		

介護保険	□あり　□なし		
認定介護区分	非該当　要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）		
保険証の種類	国保　社保　生活保護　障害者　介護		
通院困難なご事情 （病名等）			
現在のお身体の状態	寝たきり　要介護　車いす　杖歩行　長時間の歩行が不可　自立歩行		
ご相談内容	１．歯が痛い　２．歯が折れた　３．歯茎が腫れている・痛い・血が出る ４．入れ歯が合わない　５．入れ歯を作りたい　６．かぶせ・詰め物が取れた ７．その他（　　）		
（フリガナ） ケアマネージャー様 氏　名		事業所名	
電話番号	（　　）	ＦＡＸ番号	

当医院は、患者様ご本人様の同意を得ることなく、個人情報を第三者に提供いたしません。但し、当該保険者や主治医等の医療機関及び当該利用者を担当する居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者等に対して、必要な情報を必要最小限の範囲で使用することがあります。

返信ＦＡＸ番号：０６－６６３３－８２１１

医療法人　富歯会　川上歯科　あべの診療所

〒545-0052　大阪市阿倍野区阿倍野筋１－６－１　Q`Sタウン１階　TEL：０１２０－０６－８２１１