東山口腔サポートセンター
訪問歯科診療申込書

記入日：　　年　　月　　日

記入者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 受診者について

ふりがな 氏　名		生年月日	明大 昭平　　年　　月　　日生
		性　別	男　・　女
住　所		電　話	
世　帯	独居　　介護者と同居　　その他（　　）		
申込理由	（痛い、かめない等詳しくお書きください）		
全身状況	寝たきり　認知症　糖尿病　高血圧　脳血管系疾患　心臓疾患　パーキンソン病　骨粗鬆症 その他：		
服用薬			
かかりつけ医	医科	歯科	
保険証の種類と公費助成の有無	（お手持ちのものを○で囲んで下さい） ・国民健康保険 または 後期高齢者医療被保険者証　・社会保険　・介護保険 ・福祉医療費受給者証　・原爆手帳 ・重度障害一部負担助成　・医療券　・介護券		
訪問を希望する曜日と時間帯		駐車の可否	可・不可
その他連絡事項			

● 介護者または緊急時の連絡先

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　電　話＿＿＿＿＿＿＿＿　受診者との続柄＿＿＿＿

● ケアマネジャー

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　居宅介護支援事業所＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿

東山口腔サポートセンター
FAX：075-531-7766