

訪問歯科診療をご希望の際は、本用紙をご活用下さい。

# 歯科往診申込書

TEL - -

FAX - -

申込日時 年 月 日 午前・午後 時

ご依頼者(本人・家族・病院・施設・事業所名)	担当者
電話番号 ( )	FAX番号 ( )

フリガナ	性別	年齢	家族構成	家族状況
患者氏名 様	男 女	歳		
キーパーソン(介護者)	お名前 関係			
訪問先	自宅・入所先 市			電話番号
				( )

駐車スペース 有・無  
場所

寝たきりになられた理由、通院困難なご事情(病歴)

発病年月日: 年 月頃

身体状況

歩行: 全介助・部分介助・自立

移乗: 全介助・部分介助・自立

座位保持: 全介助・部分介助・自立

食事: 全介助・部分介助・自立

意志疎通: 可・不可・困難

食形態: 常食・介護食( )・非経口

※薬アレルギー  
有・無

※肺炎の既往  
有・無

※感染症  
有・無

患者の要望

お困りのこと

保険証の種類 介護度( )・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者

担当 ケアマネジャー	お名前	事業所名	電話番号	FAX番号

ご連絡方法 患者宅へ電話 ・ ご依頼者へ電話 ・ その他 ( )

ご連絡希望日時

その他  
連絡事項