|  |
| --- |
| 歯　科　訪　問　申　込　書  お申し込みはFAXで **FAX096-367-0114** |

お申込み年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様氏名 | | フリガナ | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | 年齢 |
| 様 | | | | | | 男・女 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | 歳 |
| 電話番号　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　FAX　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 自宅  入所先  (施設名) | | | 都　道  府　県 | | | | | | | | | |
| 主訴（現在気になっているお口の中の症状）  ※治療に限らず健診や相談でも結構です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 通院困難なご事情（病気の経歴）※どんな些細なもの、関係なさそうなものでもお書き願います。  ※感染症⇒有り(　　　　　　　)・無し  ※通院⇒有り・無し・往診  ※入院 | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行状態 | | | 寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 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・障がい者 | | | | | | | | | | |
| ケアマネージャー様のお名前 | | | | | | 事業所名 | | | | 電話番号 | | FAX番号 | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |
| ご連絡方法 | | | 1.患者様宅へ連絡　　　　　2.事業所様へ連絡  3.身内・知人・その他への電話（　　　　　　　　　　　）　TEL(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| ご連絡希望日時 | | | | |  | | | | | | | | |
| 往診日のご都合など | | | | |  | | | | | | | | |
| 駐車スペース | | | | | 有り・無し | | サービスを知ったきっかけ | | | |  | | |
| ご連絡事項 | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご依頼主様（事業所・病院・家族） | | 担当者名 |
| 電話番号　　　　（　　　　　） | FAX番号　　　　（　　　　　） | |

ご提出いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

**医療法人ひがし歯科医院　〒861-3102　熊本県嘉島町下六嘉1878-3**

**TEL　096-288-9916　　FAX　096-367-0114**