|  |
| --- |
| 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**