

歯科訪問診療申込書

[お申し込み] ファックス:06-6871-7779

電話:06-6871-7788

メール:nogamidc.jimu@gmail.com

医療法人守園会 野上歯科クリニック

※事前にファックスやメールができない方は、当日に記載していただきますので、お電話にて連絡をください。

お申込年月日 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	男・女	生年月日	年齢	電話番号
			明・大・昭・平		()
住所	自宅 入所先 (施設名)				
ご依頼内容	治療・口腔ケア を希望します				
主訴(現在気になっているお口の中の症状)					
通院困難なご事情(病気の経歴)					
※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・要介助・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・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者(等級:)				
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号		
(フリガナ)					
ご連絡方法	1.患者様宅へ電話 2.事業所へ電話 3.身内・知人・その他へ電話 ()様 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					

ご依頼者	(事業所・病院・家族)	担当者名	(フリガナ)
ケータイ番号	()	ご自宅電話番号	()

ご提供いただいた情報は、当クリニック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。