

訪問歯科診療申込書

年 月 日

神谷デンタルクリニック訪問歯科診療受付

TEL・FAX:044-344-5050

(ふりがな)		(歳) 男・女
お名前	様	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生
訪問先	ご自宅・施設 施設名:	
訪問先ご住所 <small>(訪問先がご自宅の場合)</small>	〒 - tel ()	
お持ちの保険証	健康保険(国保・社保) 後期高齢者 介護保険(要支援・要介護) 障害者助成	
(ふりがな)		続柄 ()
ご家族様お名前	様	※当院よりご連絡させていただく場合があります。 必ずご記入ください
ご家族様ご住所 <small>(往診先と異なる場合のみご記入ください)</small>	〒 - tel ()	
担当ケアマネジャー	ご所属・ご住所・お名前 〒 - tel () 様	

* この申込書をもって診療および診療に必要な情報(保険証、既往歴等)を提供いただくことについてご家族様の同意をいただいたものとさせていただきます。

* 各種保険証コピーを添付ください。不可能な場合は初回往診時までにご用意ください。

お口の状況	痛みがある	はれている	差し歯が外れた、壊れた					
	入れ歯があわない	入れ歯が壊れた	入れ歯をつくりたい					
	歯周病(歯槽膿漏)	口腔ケア(汚れ、口臭等)	飲み込みがわるい・むせる					
	歯がぐらついている	その他(出血等気になること):						
既往症	認知症 脳梗塞 脳出血 (右・左)片麻痺 パーキンソン病・症候群							
	骨粗しょう症 腰椎圧迫骨折 腰痛 脊髄小脳変性症 筋萎縮性側索硬化症							
	脊柱管狭窄症 膝関節症 大腿骨骨折 高血圧 (/)							
	狭心症 心筋梗塞 糖尿病 肝炎(A型 B型 C型)							
	腎臓病 腎透析(有 無) 透析日() がん() アレルギー() その他()							
	月	火	水	木	金	土	日	備考
ご予約など	通院							
	訪問診療							
	訪問介護・ヘルパー							
	デイサービス							
	入浴							