

# 訪問歯科診療受付票

お申込みはFAXでお願いいたします。FAX：043-310-6484

ピーナッツ歯科医院

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
患者氏名		男・女	歳	M・T・S	年 月 日
住所	自宅・施設				
依頼内容					
現在気になっている症状					
全身疾患	1)				主治医
	2)				医療機関名
	3)	感染症	有	・	無
		認知症	有	・	無
通院が難しい事情					
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・屋内可能・屋外短時間可能・可能 ・その他				
保険情報	医療保険			介護保険	
	国保・社保・障害・公費・後期高齢			認定 無・有 支1・2 介1・2・3・4・5	
ケアマネージャー	お名前	事業所名		電話	FAX
初回連絡方法	①患者様宅に電話 ( ) 様)			電話	
	②事業所様に電話 (担当 ) 様)				
	③身内・知人・その他に電話 ( ) 様)				
駐車スペース	有・無	自宅車庫 ・ コインパーキング ・ 施設車庫			
ご希望事項					
ご依頼者 (患者様とのご関係 : )					
ご紹介元 (施設・事業所)		ご担当者		電話	FAX

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、厳重に保護保管いたします。