

やまと歯科大久保院 訪問診療申込FAX用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXにてお送りください お申込み日 ____年__月__日

ご依頼者様	事業所名		TEL	
	お名前		FAX	

※初回のご希望にチェックをお願いします → 初回無料検診希望 初回から診療を希望

ふりがな			性別	基本連絡先 緊急連絡先	
患者様氏名	様		男・女	(様)	
			生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
訪問先住所				駐車場有無	
同居 有・無	キーパーソン	お名前	続柄	連絡先	
担当CM様	事業所名		TEL		
	お名前		FAX		
介護保険	介護区分	要介護 () ・ 要支援 ()		負担割合	割
医療保険	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 福祉 ・ 障害 ・ 生保				

現在の問題点	部位	問題点			

入れ歯使用	無・有 (上・下 / 総入れ歯・部分)	栄養摂取	経口・経管 ()
-------	----------------------	------	-----------

食形態	常食 ・ きざみ ・ パースト ・ とろみ ・ その他 ()
-----	---------------------------------

患者様の状態 (○・×)	うがいができる () 吐出しができる () 起き上がれる () 意思疎通 ()
-----------------	---

既往症					
-----	--	--	--	--	--

感染症	無・有 (病名)	アレルギー	無・有 (病名)
-----	-----------	-------	-----------

主治医 かかりつけがあれば ご記入をお願い致します	病院名	主治医	TEL	FAX
		先生		

週間サービス	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	

その他注意事項 (※服薬情報を添付して 頂けると助かります)							
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

FAX番号：0774-66-6267

お電話での問い合わせは 0774-66-6266 訪問診療担当とお伝えください