

医) 一心会 新札幌いった歯科 訪問診療申込書 FAX 011-802-7887

下記項目につき、○印または具体的内容のご記入をお願いします。
初診時や月初に保険証の確認をさせていただきます。

★当院の受診は初めてですか？（初めて・再診）

申込み年月日 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男 ・ 女 様	電話番号	
			() -	
生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所	〒			
主訴	(現在気になっているお口の症状を具体的にご記入ください)			
感染症	有 (肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA) ・ 無			
全身疾患について	脳疾患・麻痺(有・無)	高血圧		
	心疾患(具体的に:)	認知症		
	骨折(部位:)	その他()		
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間歩行可能・屋内のみ可能			
保険証種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者・生活保護・障害			
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在お使いのサービス	(例) : 10時 ~ 11時 (ヘルパー)			
	月曜日:	時	~	時 ()
	火曜日:	時	~	時 ()
	水曜日:	時	~	時 ()
	木曜日:	時	~	時 ()
	金曜日:	時	~	時 ()
	土曜日:	時	~	時 ()
お支払方法	在宅の方	(ご本人様・ご家族様) とやり取り希望		
	施設に入居されている方	ご本人様 (施設の方立会い:可・不可) ・施設様		
請求書送付先ご住所	〒			
ケアマネジャー様氏名	事業所	電話番号	FAX番号	
様		() -	() -	
ご本人以外の方への連絡先	ご家族	お名前 :	様 続柄:	
		TEL :	() -	
ご依頼者	様	電話番号 ()	-	

※薬剤情報(飲んでいるお薬の情報)やフェイスシート等をお送り下さい。