

訪問歯科診療 申込書

お申込日： 年 月 日

フリガナ
 申込者お名前：
 ご住所：

ご連絡先TEL：
 受診者との続柄：

受診者	フリガナ		男	生年月日	明治・大正	年 月 日
	氏名		女		昭和・平成	
	ご訪問先住所			TEL		
お申込理由	歯が痛い 口腔ケアができない 入れ歯を作りたい 入れ歯が壊れた 入れ歯があたり痛い むし歯を治したい 歯がぐらぐらする 歯がかけた・抜けた その他気になるところなど：					
全身状態	基礎疾患名： （通院困難な理由） 意思疎通（できる ・ できない） 座位（座れる ・ 座れない） うがい（できる ・ できない） 嚥下（できる ・ できない） 食事形態（ ） 水分（とろみ あり ・ なし）					
服薬						
主治医	医院名・科		TEL			
	御担当医名		FAX			
ケアマネジャー（氏名）		事業所名		TEL・FAX		
医療保険	医療保険（前・後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ） 重障老人・福祉医療受給者証					
福祉	その他公費（ ） 生活保護					
介護保険（介護度）	要支援	1 ・ 2	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
備考欄						

速水歯科医院

FAX：077-578-3125

住所 大津市唐崎3丁目4-15

*ご不明な点がございましたらお気軽にお電話にてお問い合わせください TEL：077-578-3125