小池歯科医院
Koike Dental Clinic

# 訪問診療 申し込み票

ご自宅や施設での歯科診療のご相談を承ります

FAX送信先
027-373-8682
FAXは24時間受付しております

お申込日　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | ☐男　☐女 |
| 患者様氏名 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| 住　所 | 〒　　（　　様方） | | |
| 電話番号 | | | |

※ 日程調整などのご連絡をさせていただける方（ご本人様・ご家族様・後見人様・ケアマネージャー様）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　名 | | TEL（携帯） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 健康保険証 | ☐国保　☐社保　☐後期高齢者　☐生活保護　☐障害　☐その他（　　） | | |
| 介護保険証 | ☐有　☐無　☐申請中 | 要介護度 | 要支援（1・2）　要介護（1・2・3・4・5） |
| 既往歴 | ☐心臓（心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用）　☐糖尿（インスリン投与　有・無）<br>☐腎臓（透析　有・無）　☐認知症（重度・軽度）　☐肝臓（A型・B型・C型）<br>☐その他（　　） | | |
| 通院困難な理由 | ☐脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）　☐骨折（腰椎・大腿骨・膝関節）　☐関節リウマチ<br>☐変形性関節症など（腰椎・頸椎・膝関節）　☐機能全廃・筋萎縮症・パーキンソン病<br>☐脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症　☐その他（　　） | | |
| 感染症 | ☐あり　☐なし　（　　）症 | | |
| お口の状態 | ☐総入れ歯　☐部分入れ歯　☐自歯 | ※痛み | ☐あり　☐なし |
| 備考欄（主 訴） | | | |

事業所名（　　）　紹介者名（　　様）

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護St・訪問介護・病院

| | |
|---|---|
| TEL　　－　　－ | FAX　　－　　－ |

お手数ですが患者様の御了承を得られた上で、上記項目にご記入いただき下記までFAXにてご送信お願い致します。


小池歯科医院
Koike Dental Clinic
TEL 027-373-8681
FAX 027-373-8682
ご自宅・施設
どちらも対応いたします
〒370-3521　群馬県高崎市棟高町953-1


いつまでも、健やかな歯と笑顔のために