

# 訪問歯科診療申し込み書

医療法人社団秀英会こばやし歯科医院の訪問歯科診療に申し込みます。

ふりがな		男	生年月日		要介護 ( )
患者氏名		女	大・昭・平	年 月 日	要支援 ( )
住所	〒				駐車場の有無
					有 ( ) ・ 無
主訴	1.痛みがある 2.腫れている 3.歯が揺れている 4.入れ歯が痛い、合わない 5.虫歯がある 6.口の中が汚れている  その他→				
病歴 (○を付けてください)	心臓疾患 (心筋梗塞・弁膜症・中隔欠損・ペースメーカー使用) ・高血圧症 糖尿病・腎臓疾患 (透析 有・無) ・認知症・肝炎 (A型・B型・C型) その他→  ※ 感染症 有 (→ ) ・ 無 ・ 不明				
通院困難な理由 (○を付けてください)	認知症・悪性腫瘍・脳血管疾患・骨折 (腰椎・大腿骨・その他 ) ・変形症 (腰椎症・膝関節症) ・関節リウマチ・パーキンソン病・脊椎損傷 その他→				
ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名		ご担当者名		
ご予約 (デイサービスなど)	月曜日	:	~	:	( )
	火曜日	:	~	:	( )
	水曜日	:	~	:	( )
	木曜日	:	~	:	( )
	金曜日	:	~	:	( )
	土曜日	:	~	:	( )
ご依頼者	お名前 (ご本人との続柄)				電話番号



医療法人社団秀英会  
こばやし歯科

お手数をおかけしますが、  
ご記入いただきFAXをお願いいたします。  
(ご不明点は訪問歯科専用070-8331-6618まで)

**FAX 011-764-0909**