

訪問歯科診療FAX申込書

ご紹介先様 電話番号	電話 () FAX ()					ふりがな					
						ご担当者様 (カマネツヤ)					
ふりがな						性別	生年月日				
患者氏名	様					男・女	明・大・昭・平				
							年 月 日 (才)				
ご住所	〒						住居形態				
							同居 ・ 独居				
電話番号						その他 連絡先					
駐車場	自動車です。駐車場はございますか？ 有 ・ 無 ・ その他 ()										
請求書送付先	請求先が上記住所と違う場合、記入して下さい						診療費 請求区分	集金 振込			
保険区分	社保	国保	老人	生活保護	障害者	種 級	介護度	要支援	要介護		
介護保険 *情報提供を行う ことへの同意	<input type="checkbox"/> 同意する						在宅又は居宅系施設（グループホーム・有料老人ホーム等）にて訪問歯科診療を行う場合、医療保険とは別に介護保険（居宅療養管理指導）を利用するものがあります。この居宅療養管理指導は、歯科医師から居宅介護支援事業者等に対して歯科診療を通じた情報提供を行うことにより、患者様に対する介護サービス利用上の留意点や介護方法等についてご活用いただくものとなります。趣旨をご理解いただき、「同意欄」にチェックをお願い致します。				<input type="checkbox"/> 同意しない
主 訴	入れ歯を作りたい・痛みがある・入れ歯があわない・歯茎が腫れている・出血している・抜歯してほしい 口臭がある・詰め物、かぶせ物がとれた・口腔ケアをしてほしい・検診をしてほしい・虫歯の治療 その他 ()										
病 歴	心臓病 腎臓病 糖尿病 喘息 甲状腺 脳梗塞・脳卒中・脳出血 高血圧 低血圧 認知症 骨折等 肝臓病→A型・B型・C型 パーキンソン病 骨粗鬆症 その他感染症 () その他 ()										
通院でき ない理由							服用している薬				
主 治 医 医療機関名 電話番号											
都合の悪い 曜日・時間	都合の 悪い日に×	月	火	水	木	金	土	その他			
	AM										
	PM										
その他連絡事項等								新規 ・ 再診			
								在宅			
								病院 ・ 施設			

としもりサンフィッシュデンタルクリニック

〒535-0012 大阪市旭区千林1-11-3 Tel 06-6957-6060 Fax06-6957-6161