



TEL： 050-3852-1311

訪問歯科診療申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			
患者様名			性別 男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日		
訪問先住所			
連絡先電話番号	様 続柄		
病気の経歴	心臓（心筋梗塞・ペースメーカー使用）・肝臓（A型・B型・C型）・糖尿・腎臓（透析 有・無） 脳疾患（脳梗塞・脳卒中・脳出血） 認知症 ・ 骨折（腰椎・大腿骨・膝関節）・リウマチ・パーキンソン 変形症（腰椎・頸椎・膝関節）・その他（ ）		
介護認定	有 ・ 無	感染症	（+ ・ -）（ ）
主訴 （ご依頼理由）	（例：奥歯に痛みがある、入れ歯の調整を希望、嚥下を診て欲しい など）		
訪問可能な 時間・曜日	※デサービス・訪問看護などのスケジュールがあれば記載してください。		
担当ケアマネジャー	事業所名 /担当ケアマネジャー 連絡先電話番号		
お申込者様氏名	様（続柄 ）		

- ※ 上記項目にご記入の上（お分かりになる範囲）、FAXにて送信お願いいたします。
※ 上記項目（患者様名等）のプライバシーは、厳守いたします。また、診療目的以外には使用いたしません。

たのしみ歯科

〒175-0082 板橋区東高島平3-12-6-2F
TEL：080-4470-6052
FAX：050-3852-1311