FAX： 050－3852－1311

訪問歯科診療申込書

申込日 令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者様名	様		
生年月日	明治・大正・昭和 ・平成　　年　　月　　日　　歳		
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・パーキンソン病 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	※デーサービス・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。		
担当ケアマネージャー	事業所名　　/担当ケアマネージャー　　様 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 板橋区高島平3－12－6－2F
TEL：080－4470－6052
FAX：050－3852－1311