



FAX: 03-3654-7567

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	様	性別	男・女
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。		
担当ケアマネジャー	事業所名	/担当ケアマネジャー	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。

こばやし歯科クリニック

〒132-0021 江戸川区中央4-11-8
 TEL: 03-3652-7567

