

### 井川歯科往診(訪問歯科診療)申込書

往診をご希望の方はご記入ください。お申込受付後、折り返し連絡差し上げます。

申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 折り返し連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

※お名前のサインだけでも、できるだけ患者さまご本人がご記入ください。

※代筆の場合は、「お申込を手伝った方」欄にご氏名・ご関係をご記入ください。

患者さま ご本人	フリガナ	性別	年齢	生年月日
	本人のサイン・代筆 (どちらかに丸) 姓 名	男 女	歳	明治・大正 昭和・平成 西暦 年 月 日
診療を 受ける 場所	〒 _____ 市・町		建物名	
	連絡先電話番号	( _____ 様)	個人宅・施設や病院 (施設名称: _____)	
	目印・駐車場			
お申込を 手伝った 方	いない・代筆・立ち合いのみ 姓 名		患者さまご本人とのご関係	
	連絡先電話番号	ご家族(続柄: _____)・ケアマネジャー 成年後見人・保佐人・補助人 施設や病院関係者(施設名称: _____) (お肩書・部署・職種等: _____)		
現在お困りのお口の症状				
往診を受けやすい曜日や時間帯				
デイスービスに通っているか: はい・いいえ (日時: _____)				
現在・これまでのご病気について		現在の体調について		
特に通院治療や手術したものについてお教えてください		血圧	高い・ふつう・低い (詳細: _____)	
		認知症	無い・有る (詳細: _____)	
		感染症	無い・有る (詳細: _____)	
		通院が難しい理由	寝たきり・介助が要る・車いす その他: _____	
保険証の種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者保険・生活保護・障害者手帳( _____ 級)・原爆			
介護保険証	有る・無い 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2			
ケアマネジャー	ご氏名:	所属事業所:	連絡先電話番号:	

井川歯科 〒848-0041伊万里市新天町488-18 ☎0955-22-1122 (水・日・祝除く 8:00-17:00(昼休み12:00-13:30))

FAX番号(24時間): 0955-25-9604