

記入例

井川歯科往診(訪問歯科診療)申込書

すべて黒または青の筆記具でご記入ください

往診 記入ください。お申し込みは、お申し込みの欄に記入してください。
申込年月日 **2016年 1月11日** 折り返し連絡先電話番号: **080-0000-0000(井川花子)**

※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 イガワ ユキオ	性別	年	月	日
	姓 井川 本人のサイン・代筆 どちらかに丸印	性 女	年 8	月 1	日 1
診療を受ける 場所	〒 848-0000	この欄だけは、極力ご本人にお願いします。 字が乱れる場合は手伝いの方がソバに「書き添え」を			
	伊万里 市	部屋番号等ま 井川 東棟301			
	連絡先電話番号 080-0000-0000 (前田様)	個人宅・施設や病院 (施設名称: ケアハウス井川)			
お申込を 手伝った 方	姓 井川	患者さまご本人とのご関係			
	名 花子	ご家族(続柄: 姪)・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:) 連絡先電話番号 080-0000-0000 (お肩書・部署・職種等:)			

現在お困りのお口の症状

入れ歯を嫌がり着けません 食事に時間がかかる(1時間) 残ってる歯がむし歯かも

往診を受けやすい曜日や時間帯

火木金の午後 デイサ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 だいたいの時期や特に大きい病気を分かる範囲で 5年前に大腸がんで手術 経過良好 1年前に肺炎で入院 以後寝たきりに 骨粗しょう症薬を飲んでます 服薬中のお薬があればご記入ください	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: 前田 花子	所属事業所: ケアハウス井川	連絡先電話番号: 0955-00-0000
---------	-------------------	-----------------------	------------------------------

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))

郵送・持参でも結構で

FAX番号(24時間): 0955-25-9604