

亀井歯科訪問歯科診療申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者

お名前 _____ 患者さんとの関係 (_____) 電話 _____ (_____)

FAX _____ (_____) Email _____

ふりがな	
患者さんのお名前 _____	男・女 _____
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 歳
住所 _____	
電話 _____	
周辺道路状況 1)自宅駐車可能 2)自宅前駐車可能 3) _____ m位離れたところに駐車可能	
かかりつけまたは今までにかかったことのある歯科医院名 (有 _____ ・無)	
申込み理由 (○をつけてください)	
1 痛みがある 2 腫れている 3 良くかめない 4 入れ歯が合わない	
5 飲み込み時にむせる 6 食事に時間がかかる 7 口の中が汚れている	
8 その他 _____	
かかりつけの病医院名	
(内科等) _____	電話 _____ (_____)
医師名 _____	
今回の治療に関する主治医の了解 (有 ・ 無)	
主な病名 _____	
服用している薬剤名 _____	
患者さんの状態	
1 寝たきり 2 寝たり起きたり (30分ぐらい座っていることができる)	
3 介助があれば移動できる 4 自分で移動できる	
要介護認定の有無	無し 有り (要支援 1 2 <u>要介護 _____</u>)
身障手帳の有無	無し 有り (_____ 級)
健康保険の種類	1 国民健康保険 2 社会保険 3 生活保護 4 その他
担当ケアマネジャーさんの所属事業所名	
_____	電話 _____ (_____)
	<u>FAX</u> _____ (_____)
	<u>Email</u> _____
担当ケアマネジャーさんのお名前	

お問合せ・申込み先 亀井歯科 (〒514-0831 津市本町2-3-16)

電話 059-227-5673 FAX 050-3383-2665 E-mail kameishika@gmail.com