

訪問歯科診療FAX申込書



送付先
FAX : 043-305-4663

※初回無料検診をご希望の方…無料検診のみ 当日の判断により治療可 (診療費発生します)

年 月 日

担当事業所様名		ふりがな							
電話番号	電話： () FAX： ()	ご担当ケアマネージャー様	(いらっしゃらない場合は無記名で結構です) 様						
ご紹介者様	上記事業所様とご紹介者様が違う場合、こちらにお書きください。ご本人との関係： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 () 様								
ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
患者様氏名			様						
生年月日	(明/大/昭/平) 年 月 日	年齢	歳						
お伺い先 ご住所 <small>(施設や病院の場合そちらの住所)</small>	〒 - 表札 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>(アパート・マンション・部屋番号もご記載ください)</small>		住居形態	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 独居				
電話	本人・家族・他 ()	その他連絡先	本人・家族・他 ()						
駐車場	軽自動車でも構いません。駐車場はございますか？ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()								
請求書 送付先	請求先が上記住所と違う場合、記入して下さい。		診療費 請求区分	<input type="checkbox"/> 集金 <input type="checkbox"/> 振込	※手続き2か月程度 <input type="checkbox"/> 銀行引落				
保険区分	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 生活保護	障害者 種 級 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
介護保険 ※情報提供を 行うことの 同意	<input type="checkbox"/> 同意する <small>(右記お読みの上 チェックして下さい)</small>	在宅又は居宅系施設(グループホーム・有料老人ホーム等)にて訪問歯科診療を行う場合、医療保険とは別に介護保険(居宅療養管理指導)を利用するものがあります。この居宅療養管理指導は、歯科医師から居宅介護支援事業者等に対して歯科診療を通じた情報提供を行うことにより、患者様に対する介護サービス利用上の留意点や介護方法等についてご活用いただくものとなります。趣旨をご理解いただき、「同意欄」にチェックをお願い致します。			<input type="checkbox"/> 同意しない <small>(チェックがあるとお伺い出来ないことがあります)</small>				
主 訴 ※必須※	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 出血している <input type="checkbox"/> 抜歯してほしい <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 口腔ケアをしてほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 その他 (詳細)								
病 歴 ※感染症必ず記入※	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 骨折等 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※感染症※ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 肝炎(A/B/C)・MRSA・梅毒・他() その他								
通院でき ない理由	※必須※ (健康者や通院可能な方、施設の種類によりお伺い出来ない場合があります)		服用している薬						
主治医			<input type="checkbox"/> お薬手帳有						
医療機関名									
電 話									
都合の悪い 曜日・時間	都合悪いに <input checked="" type="checkbox"/>	日	月	火	水	木	金	土	【その他】
	AM(9~12時)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PM(13~17時)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(←こちらにチェックのあるお時間帯は外して調整致します)
注 意 特 記 事 項	【支払】患者様一部負担金の支払いは、月締めでまとめた請求・翌月お支払となります。郵便局の御振込もご利用になれます。 <input type="checkbox"/> 初回無料検診希望			<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再診				
				<input type="checkbox"/> 在宅					
				<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 施設				

※ 個人情報のお取扱いには十分注意し、申込とカルテ作成のため使用いたします。無断で外部にデータ提供することはありません。

訪問歯科診療のお問い合わせは TEL0120-152-589 までお願い致します。