

歯科訪問診療申込用紙

☆お申込年月日		年	月	日
☆患者氏名：	☆年齢：	☆性別：		
	歳	男 ・ 女		
☆生年月日：				
明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生				
☆住所： 〒				
		入所施設名：		お部屋：
ご依頼者氏名：		患者との関係：		
住所： 〒				
TEL：		緊急連絡先：		
☆主訴（気になっているお口の中の症状）：				
☆既往歴（病気の経歴）				
☆感染症： あり（ ） ・ なし				
☆全身状態： 全介助・一部介助・麻痺（ ） ・ 認知症・難聴（ ） その他（ ）				
☆肺炎の既往： なし ・ あり ・ 繰り返しあり				
☆食事形態： 普通食 ・ 介護食 ・ 非経口				
☆要支援・要介護度： 要支援 度 ・ 要介護 度				
保険書の種類： 国保 国家 社本 社家 後期高齢者 生保 障害者 重老				
ケアマネージャー様氏名：		事業所名：		
		TEL：		
かかりつけの病院（内科・外科など）TEL：				
主治医（内科・外科など）		TEL：		
☆今現在飲まれているお薬名				
☆印の所は必ずご記入して頂くようにお願いします。				

※ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

TEL：080-5308-4480

ホリイ歯科医院（訪問事業部） FAX：075-582-4481