スギタ歯科医院　訪問診療申込書

FAX📠047－364－7944　TEL☎047－365－3945

申込日　　年　　月　　日　　申込者　　本人とのご関係

ふりがな 氏名　　男　・　女		生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日（　　歳）
訪問依頼理由： 【主訴】			
患者住所 （訪問先）	〒　　ー TEL:　　ー　　ー		
ご家族 （キーマンの方）	〒　　ー 氏名　　続柄（　　）TEL:　　ー　　ー		
家族構成	独居　　２人暮らし　　その他（　　）		
通院困難になった 疾患・ご理由			
医療機関名 科・担当医 （フルネーム）	病院　　科　　先生		
	病院　　科　　先生		
	病院　　科　　先生		
既往歴 （歯科治療を行う上で極めて重要のため必ずご記入下さい）	脳梗塞　脳出血　くも膜下出血　パーキンソン病 てんかん　認知症　統合失調症　高血圧　肝炎（　　型） 肝硬変　HIV　不整脈　狭心症　心臓弁膜症　心不全 心筋梗塞　糖尿病　骨粗鬆症　慢性腎不全　誤嚥性肺炎 がん（部位：　　）その他（　　）		
居宅支援事業所名 担当ケアマネジャー	事業所名 氏名	TEL　　ー　　ー FAX　　ー　　ー	
保険証の種類	国保　社保（本人・家族）後期高齢者　生活保護　負担割合（　　割）		
介護認定	申請中　要支援　１　２ 要介護　１　２　３　４　５　（　　割）		
駐車スペースの有無	あり（具体的に：　　）　なし		

他サービス利用状況 訪問可能日（○印）		月	火	水	木	金	土	
	午前							
	午後							

その他連絡事項 備考	

《申し込み先》スギタ歯科医院　〒271-0062千葉県松戸市栄町3-170-7　訪問直通 080-6830-4180