

# 七星歯科医院 訪問診療申込FAX用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXにてお送りください お申込み日 年 月 日

ご依頼者様	事業所名	TEL
	お名前	FAX

※初回のご希望にチェックをお願いします →  初回無料検診希望  初回から診療を希望

ふりがな	性別	基本連絡先 緊急連絡先	
患者様氏名	男・女	( 様)	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
訪問先住所			
同居 有・無	キーパーソン	お名前	続柄 連絡先
担当CM様	事業所名	TEL	
	お名前	様	FAX
介護保険	介護区分	要介護 ( ) ・ 要支援 ( )	負担割合 割
医療保険	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 福祉 ・ 障害 ・ 生保		

現在の問題点	部位	問題点

入れ歯使用	無・有 ( 上・下 / 総入れ歯・部分)	栄養摂取	経口・経管 ( )
-------	----------------------	------	-----------

食形態	常食 ・ きざみ ・ パースト ・ とろみ ・ その他 ( )
-----	---------------------------------

患者様の状態 (○・×)	うがいができる ( ) 吐出しができる ( ) 起き上がれる ( ) 意思疎通 ( )
-----------------	---

既往症			
-----	--	--	--

感染症	無・有 ( 病名 )	アレルギー	無・有 ( 病名 )
-----	------------	-------	------------

主治医 かかりつけがあれば ご記入をお願い致します	病院名	主治医	TEL	FAX
		先生		

週間サービス	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜

その他注意事項 (※服薬情報を添付して 頂けると助かります)	
--------------------------------------	--

## FAX番号：058-324-6482

お電話での問い合わせは 058-324-6480 訪問診療担当とお伝えください