

# ○ 五味デンタルクリニック 訪問歯科 申込書 ○

お申し込み日 年 月 日 時

主訴・症状 : \_\_\_\_\_

救急処置の必要性 : 即日対応希望 ・ なるべく早く ・ 日程調整後で可 希望曜日( )曜日

患者さん氏名	(男・女) (M・T・S 年 月 日生)						
住所・電話	〒	TEL					
介護保険	(有 ・ 無)	介護度 :	1割 ・ 2割				
保険証(医療)	1割 ・ 2割 ・ 3割 生保 公費負担						
病歴	高血圧 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ ペースメーカー ・ 心不全 心臓弁膜症 ・ 大動脈瘤 ・ 大動脈解離 ・ 感染症( ) 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 ・ パーキンソン ・ 認知症 喘息 ・ 肺炎 ・ 在宅酸素 ・ 糖尿病 ・ 骨粗鬆症 ・ 甲状腺機能異常 腎不全 ・ 透析 ・ 肝炎 ・ 肝硬変 ・ 血液疾患 ・ 癌 関節リウマチ ・ 骨折 ・ 精神疾患 ・ その他( )						
医科主治医	病院・医院・クリニック						先生
ケア マネージャー	事業所 :					TEL :	
	ご氏名 :					FAX :	
ご依頼者さま	事業所 :					TEL :	
	ご氏名 :					FAX :	
週予定	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
時間							
理由							
生活背景	独居 ・ キーパーソン(						TEL: )
備考 (その他)							

※1) 記載はわかる範囲で構いません

※2) 生活背景なども歯科のプランに反映させますので、ケアプラン等を後日でも頂けると幸いです。



〒252-0036 神奈川県相模原市中央区富士見6-5-7三和富士見店2F

TEL : 042-752-5300 FAX : 042-752-5323