|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 電話（本人対応の場合） |
| 患者氏名 |  | 男  女 | 大・昭・平・令  　　年　　月　　日 | 歳 | 電話：  FAX: |
| 住　所 |  | | | | |
| 依頼内容 |  | | | | |
| 病　歴 | 心臓疾患・高血圧症・糖尿病・透析・認知症・肝炎（　　型） | | | | |
| 通院困難な理由 | 認知症・悪性腫瘍・脳梗塞等・骨折・変形症・関節リウマチ・筋萎縮症・  パーキンソン症・脊髄損傷・高齢・その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 状　態 | 寝たきり・指示（入る・入らない）・怒りっぽい・医療的ケア児 | | | | |
| 通院病院 |  | | | | |
| 服　薬 | 血液さらさらの薬・骨粗鬆症の薬・他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡手段 | 家族・ケアマネージャー・他（　　　　　　　　　　）  事業所名：  氏名：　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　FAX: | | | | |
| 連絡事項 |  | | | | |
| ※決定歯科医院(事務記載) | | | | | |

歯科訪問診療申込書

お手数ですが上記記入の上、下記までＦＡＸにてご送信ください。

**FAX:0172-27-8790**

**（一社）弘前歯科医師会　〒036-8095　弘前市城東4-5-7**

[**TEL:0172-27-8778**](TEL:0172-27-8778) **FAX:0172-27-8790**

|  |  |
| --- | --- |
| **下記歯科医院へご連絡お願いいたします。** | |
| **歯科医院名** |  |
| **住所** |  |
| **電話** |  |
| **歯科訪問診療でご用意いただくもの** | * **保険証** * **保険証の割合証（発行されてる場合）** * **介護保険証** * **介護保険の割合証** * **お薬手帳** * **生活保護受給者の方は、下記手配してください。**   **生活保護医療券**  **生活保護介護医療券**   * **その他（歯科医院の指示に従ってください。）** |

**様**

**患者　　　　　　　　　　　　　様に関する情報**

**（一社）弘前歯科医師会　〒036-8095　弘前市城東4-5-7**

[**TEL:0172-27-8778**](TEL:0172-27-8778) **FAX:0172-27-8790**