

歯科訪問診療申込書

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)					

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 FAX:0172-27-8790

様

患者

様に関する情報

下記歯科医院へご連絡お願ひいたします。	
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	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険証の割合証（発行されている場合） <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険の割合証 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（歯科医院の指示に従ってください。）

(一社) 弘前歯科医師会 〒036-8095 弘前市城東 4-5-7

TEL:0172-27-8778 FAX:0172-27-8790