

いえやす歯科 訪問診療申込用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXかメール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 | 様 | 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 | |
| 患者様氏名 | 様 | | 男・女 | 緊急連絡先 (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 ケアマネージャー様 | 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 <small>かかりつけがあれば ご記入をお願い致します</small> | 病院名 | 主治医 | TEL | FAX |
| | | 先生 | | |
| | | 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 <small>(※服薬情報を添付して 頂けると助かります)</small> | |
|--|--|

FAX : 052-938-3572

メール : info@ieyasushika.com

お電話での問い合わせは 052-938-3571まで