

## 訪問歯科診療申込書

患者さまのお名前	フリガナ .....	性別	【 男 ・ 女 】
生年月日	年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
往診先	【 自宅 駐車場（なし・あり） ・ 病院 ・ 施設 】 病院（ . 階 号室） ・ 施設（ . 階 号室）		
ご連絡先	電話番号：		

治療の相談をさせていただく方	フリガナ .....	続柄	
ご住所	〒		
ご連絡先	電話番号：		
お困りの症状	例：「〇〇の歯が痛い」、「歯磨きすると出血する」など具体的にご記入ください。 【 症状のみの改善を希望 ・ 治療終了後も定期健診を希望 】		
義歯の使用状況	【 使用している ・ 持っているが使用していない ・ 持っていない 】		
これまでにかかったご病気	※要介護認定を受けられることになった原因疾患は〇でお囲みください。		
要介護状態	要支援【 1・2 】 要介護【 1・2・3・4・5 】		
現在の食形態	普通食・軟飯・きざみ・ペースト・ミキサー・経鼻・PEG・中心静脈		
かかりつけ医	名称：	TEL：	
	主治医：		
投薬情報	※申込時に別添いただくか、初診時にお薬手帳のご用意をお願いいたします。		
血液をさらさらにする薬	服用【 なし ・ あり（ ） 】		
骨粗鬆症の治療薬	服用【 なし ・ あり（ ） 】		
感染症	【 なし ・ あり A ・ B ・ C 型肝炎 ・ HIV ・ その他 】		
その他注意事項			

往診可能な曜日・時間	
------------	--

ケアマネージャー	事業所様名 ご担当者様名 ご連絡先 TEL： FAX：
----------	-----------------------------------

※ 初回訪問時、各種保険証、医療証、生活保護受給者の方は医療券等の証明書、お薬手帳、血液検査のデータをご準備ください。



あらかき歯科医院

〒761-8071 香川県高松市伏石町1316-6

TEL：087-802-9011 FAX：087-802-9012