

個人

年 月 日 No.

## 訪問歯科診療申込書 FAX045-572-0108

うへの歯科医院 宛

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名			男 女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
患者住所	自宅	〒			
	入所・入院先	〒			
連絡先	自宅	☎			
	入所・入院先	☎	Mail	@	
申込者氏名	(フリガナ)		患者との関係		
			連絡先		

生活保護	あり ・ なし	自立度 (障がい老人) (認知症老人)	
障がい者手帳	あり ( 種 級 ) なし	要介護認定	非該当 ・ 要支援 ・ 要介護 度 ( )

相談内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みがある</li> <li>・歯茎が腫れている</li> <li>・出血がある</li> <li>・入れ歯が合わない</li> <li>・入れ歯がこわれた</li> <li>・入れ歯をつくりたい</li> <li>・入れ歯の手入れ方法について</li> <li>・口臭がある</li> <li>・うまく食べられない</li> <li>・口腔清掃について</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
------	--

かかりつけ医院 (病院)				主治医		
フリガナ				連絡先	FAX	
ケアマネージャー氏名					☎	
現在・過去の主な病名				発症日	年 月 日	
	血压	/	HbA1c	%	手術日	年 月 日
現在の常用薬						
アレルギー						

自宅 (施設) 前まで車が 入る ・ 入らない	自宅 (施設) 前に駐車 できる ・ できない	
駐車場が近くに ある ・ ない	電源がベッドサイドに ある ・ ない	洗い場が ある ・ ない

〒230-0077 神奈川県横浜市鶴見区東寺尾 6-29-14 ☎:045-572-0008

医療法人 VERITAS うへの歯科医院

FAX:045-572-0108



うへの歯科医院

検索

