

施設

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	歳
ご家族等 連絡先	フリガナ					続柄
	氏名					
	住所	〒 () ()				
施設名						棟 階 号室
申込者 氏名		職 種		☎		
				FAX		

フリガナ			病院名診療科	病院	科
主治医名					
他科受診 (通院)	なし・あり (病院 科)				

医療保険	なし・国保・社保・後期高齢者・生保・その他 ()				
介護保険	なし・要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
日常生活 自立度	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	痴呆老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			

歯科診療に際しての 注意点 (主治医・介護者等より)					
口腔内の状態・摂食状況 その他希望					
現在・過去の主な病名				発症日	年 月 日
	血圧	/	HbA1c	%	手術日 年 月 日
現在の常用薬					
アレルギー					
歯科主治医の有無	なし・あり	市	区	歯科医院	

〒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

