



医療法人 訪問歯科診療所ひまわり

— 訪問診療申込書 —

年 月 日

申込人名	(名前)		(事業所名)	
	電話番号		FAX番号	
ご連絡方法	事業所ご担当者様へ ・ 患者様宅へ その他()		訪問先駐車スペース	有 ・ 無

フリガナ			
患者様名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳		

住所			
電話番号		FAX番号	
保険証	国保 ・ 社保 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他()		
介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

主 訴	※現在お口の中で気になっていること
-----	-------------------

※既往歴	※必須※フェイスシート・お薬情報(訪問当日でも可) (既往歴は必須です。下記に○印をつけて返送ください。該当なければ余白に記載可)		
	脳疾患(脳梗塞・脳卒中・脳溢血など) ・ 認知症 ・ 精神疾患(統合失調症・重度の鬱状態) パーキンソン病 ・ 誤嚥性肺炎 ・ ペースメーカー ・ 車いす使用 後遺症による半身、全身マヒ (その他)		

感染症	有 ・ 無	備考	
-----	-------	----	--

ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間						
理由						

ご家族様名	住所
	電話番号

※申込人と同じ場合は同上記入		
ケアマネージャー様名	事業所名	電話番号
		FAX番号

※※ ご提供頂いた患者様情報は診療を目的とした事柄においてのみ使用し、厳密に保管・管理致します。※※

TEL・FAX	011-383-7120
---------	---------------------

〒069-0801 江別市中央町1-14

医療法人 訪問歯科診療所ひまわり