

# うかい歯科 訪問歯科診療申し込み FAX

※お分かりになる範囲でご記入の上にてお送りください。

(ご依頼者様情報)

お申し込み日 年 月 日

事業所名			
お名前	様		
ご住所			

(診療希望者)

ふりがな		性別	男・女
患者様氏名		電話番号	
生年月日	( 明・大・昭・平 ) 年 月 日	生まれ	
訪問先住所		駐車場の有無	有・無
*施設ご利用時*	施設名	担当者様氏名	
介護区分	要支援 1・2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5		

患者様の状態	感染症 無・有 (病名 )
	アレルギー 無・有 ( )
	うがいができる ・ 吐き出しができる ・ 起き上がる
	意思疎通 (可 ・ 不可)
	既往症
保険	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 福祉 ・ 障害
	障害 ・ 介護負担割合 割
栄養摂取方法	経口 ・ 経管
	時間 :

歯科に通院が 困難な理由	
-----------------	--

その他 注意事項	
----------	--

TEL : 077 598 0412

FAX : 077 598 0411