

訪問歯科診療 情報提供書 兼 申込書

医療法人社団新仁会 小手指デンタルクリニック

【ご家族、各施設及び事業所の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など

患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒に訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、各保険証に有効期限がございますので、新しく更新された際には

新しい保険証のコピーをご用意頂きお渡し頂きます様、お願い申し上げます。

ふりがな		記入日	20	年	月	日
患者様氏名	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
治療が必要な際に 連絡をさせて頂くご連絡先 (請求書等を郵送しますので 住所記入は必須とさせていただきます)	氏名： (続柄) 電話 () - ----- ご住所 〒					
患者様の一番の訴え (複数可)	・入れ歯が合わない ・入れ歯を作りたい ・口腔ケアをしてほしい ・歯が痛い ・虫歯がある ・歯に穴が開いている ・歯が動いている ・問題がないか確認してほしい ・その他 ()					
患者様の状態	・寝たきり ・寝たきりおきたり ・移動できる(自力で・介助して) ・その他 ()					
往診するために 歯科医院に通えない又は 通にくい理由となる 現在・過去の病気 (訪問歯科に必要です。)	・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等) ・関節症、リウマチ等 ・麻痺 ・パーキンソン病 ・糖尿病 ・過去に骨折の経験あり ・骨粗鬆症 ・心筋梗塞 ・高血圧 ・肝炎(C型 / B型 / 梅毒/HIV/MRSA ・その他(
認知症に関して	(有 ・ 無)	歩行	・歩行不可能 ・歩行困難(介助・車椅子) ・自力歩行			
食事	普通食・キザミ食・流動食・経管栄養(PEG)	うがい	可能 ・ 要注意 ・ 不可能			
介護度	自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	障害手帳	無 ・ 有 () 級			
医療保険証 (健康保険証)	・生活保護 ・一部負担金助成 ・1割負担(後期高齢者等) ・3割負担					
内科・主治医	医院名： 電話 () - ----- 担当医師名： FAX () -					
特記事項 (ご希望等)						

●この用紙をご記入くださった方。または小手指デンタルクリニックより連絡させていただく場合のご担当者様

御氏名	(ケアマネ・他)	電話番号	() -
事業所名		FAX	() -

FAXでお送り頂いた場合は、後日、原本を訪問歯科スタッフへお渡し頂きますようお願い致します。

小手指デンタルクリニック FAX 04-2968-8243

医療法人社団新仁会 小手指デンタルクリニック
〒359-1141 埼玉県所沢市小手指町5-7-18
TEL 04-2968-8241 FAX 04-2968-8243