

訪問歯科診療FAX申込書



送付先

FAX : 043-312-0697

医療法人社団Avanti

☐ 無料歯科健診希望

☐ 当日の判断により治療可（治療費が発生します）

年 月 日

ご紹介先様 電話番号	電話： ()	ふりがな							
	FAX： ()	ご担当者様	様						
ふりがな			性 別	☐ 男 ☐ 女					
患者氏名	様								
生年月日	(明／大／昭) 年 月 日		年齢	歳					
患者様 ご住所	〒 - 表札 ☐ 有 ☐ 無		住居形態	☐ 同居 ☐ 独居					
電 話			その他連絡先						
駐 車 場	軽自動車です。駐車場はございますか？ ☐ 有 ・ ☐ 無 ・ ☐ その他 ()								
請求書 送付先	請求先が上記住所と違う場合、記入して下さい。		診療費 請求区分	☐ 集金 ☐ 振込 ☐ 銀行引落 ※手続き2か月程度					
保険区分	☐ 社保	☐ 国保	☐ 後期高齢	☐ 生活保護					
介護保険 ※情報提供を 行うことの 同意	☐ 同意する	在宅又は居宅施設(グループホーム・有料老人ホーム等)にて訪問歯科診療を行う場合、医療保険とは別に介護保険(居宅療養管理指導)を利用するものがあります。この居宅療養管理指導は、歯科医師から居宅介護支援事業者等に対して歯科診療を通じた情報提供を行うことにより、患者様に対する介護サービス利用上の留意点や介護方法等についてご活用いただくものとなります。趣旨をご理解いただき、「同意欄」にチェックをお願い致します。		☐ 同意しない					
主 訴	☐ 入れ歯を作りたい ☐ 入れ歯壊れた ☐ 入れ歯が合わない ☐ 歯茎が腫れている ☐ 出血している ☐ 抜歯してほしい ☐ 痛みがある ☐ 詰め物・かぶせ物が取れた ☐ 口腔ケアをしてほしい ☐ 虫歯の治療 ☐ 嚥下内視鏡検査・リハビリ その他 (詳細)								
病 歴	☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 甲状腺 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳卒中 ☐ 脳出血 ☐ 高血圧 ☐ 低血圧 ☐ 認知症 ☐ 骨折等 ☐ パーキンソン病 ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他感染症 ☐ 無し ☐ あり 肝炎(A / B / C)・MRSA・梅毒・他() その他 アレルギー 有 / 無								
通院でき ない理由	※必須※		服用している薬						
医療機関名			☐ お薬手帳・薬情有						
主 治 医									
電 話									
都合の悪い 曜日・時間	都合悪いに☑	日	月	火	水	木	金	土	【その他】
	AM(9～12時)	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	PM(13～17時)	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
注 意 特 記 事 項	【支払】患者様一部負担金の支払いは、月締めでまとめた請求・お支払となります。郵便局の御振込もご利用になれます。		☐ 新規 ☐ 再診 ☐ 在宅 ☐ 病院 ☐ 施設						

※ 個人情報のお取扱いには十分注意し、申込とカルテ作成のため使用いたします。無断で外部にデータ提供することはありません。

訪問歯科診療のお問い合わせは、0120-954-069までお願いいたします。