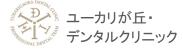
訪問歯科診療FAX申込書

無料歯科検診希望送付先→ 当日の判断により治療費が発生しますFAX: 043-312-0697



□当日の判断により治	療可(治療費が多	発生します <u> </u>	rax .	043-312-	0097				年	F	
ご紹介先様		,	`		ふりた	がな					
電話番号	電話: FAX:	()		ご担当	者様					様
<u></u> ふりがな					<u> </u>						
患者氏名							禄	性	別	□男	□女
生年月日	(明/大/	昭) 年	月	B				年	ᇑ		歳
お伺い先	〒 - 表札 □有 □無							/	形態		居 独居
ご住所								1工/占	心思		古[二] 独店
電話				その)他連絡兒	텀					
駐車場		ハます。駐車場			有・	無	• 🔲	その他	()
請求書	請求先が上記住 	所と違う場合、証	己入して下さい	, 1 _°			診療費	 □ 集·	│ 金 □ i		F続き2か月程度 一銀行引落
送付先						i	求区分				蚁门刀沿
保険区分	□社保	□国保	□ 後期高	i齢 生活	保護	介護	度		要支援要介護		
介護保険 ※情報提供を 行うことの 同意	□ 同意する	在宅又は居宅系 保険とは別に介 は、歯科医師か り、患者様に対 なります。趣旨	護保険(居宅療 ら居宅介護支 する介護サー	養管理指導)を 援事業者等に ビス利用上の	を利用する。 対して歯科 留意点や介	ものがあり 診療を通じ 護方法等に	ます。この た情報提供 ついてご活	居宅療	養管理指 ことによ	導 -	一同意しない
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 □ 抜歯をしてほしい □ 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		□ 糖尿症		. [甲状腺	□ 脳梗	塞 [脳卒	中[脳出血
	高血圧	□ 低血圧	□ 認知症	□ 骨折	等ペ	ースメー	カー □無	U D	あり	'	
	□ パーキンソン	カスタ 日本	鬆症	その他感染	た症	無し]あり 肝炎	ξ(A / B	/ C) •	MRSA	• 梅毒 •他(
	その他										
通院でき	※必須※								服用し	てい	る薬
ない理由											
主 治 医											
医療機関名											
電話											
都合の悪い 曜日・時間	都合悪いに図 日 月 火 水 木 金 土 【その他】 AM(9~12時) ☑ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □										
注意	【支払】患者様一部負担金の支払いは、月締めでまとめての請求・お支払となります。郵便局御振込もご利用になれます。							 一 の	□ 新規	- [一再診
特記									□ 在宅	E	
事 項									病院	<u> </u>	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ございません。