

# おくむら歯科 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、FAXにてお送りください。

(診療希望者)

お申込み日 令和 年 月 日 ( )

ふりがな		性別	男・女
患者様氏名	様	TEL	( ) -
生年月日(西暦)	年 月 日 生まれ ( 歳)		
訪問先住所	〒	駐車場有無	有・無
*施設ご利用時*	施設名	担当者様氏名	様
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		

(ご依頼者様情報)

ご依頼者様名	様	事業所名	
TEL	( ) -	携帯番号	( ) -
FAX	( ) -		
ご住所	〒		

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・生保	
	介護保険負担割合	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	
口腔内において どうされましたか?	

※FAX 確認後、こちらから確認のお電話をさせていただきます。

おくむら歯科 TEL : 077-585-7575  
FAX : 077-585-7588