

酒匂歯科 訪問歯科診療申込書

年 月 日

酒匂歯科の訪問歯科診療を受診したいので申し込みます。

患者氏名・性別		(男・女)	カルテNo.
生年月日・年齢	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 (歳)		
住所	〒 医院からの距離 k m (Google マップアプリ)		
電話番号	- -		

申込者氏名	連絡先電話番号	-	-
患者との関係	携帯番号	-	-

訪問診療を希望する理由 (お口の中で困っていること)			
寝たきりになった原因 通院困難な理由 発症年月日： 年 月 ころ			
現在治療中の病気			
かかりつけの内科医	病院・医師名		
	電話番号 - -		
担当ケアマネージャー	お名前	携帯番号	- -
	事業所名	事業所電話番号	- -
身体状況	座位 (イス、ベッド、ふとん)		
	座位保持 (全介助・部分介助・自立)		食事 (全介助・部分介助・自立)
	意思疎通 (可・不可・困難)		食形態 (常食・介護食・非経口)
要介護度	自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5		
診療日同伴者：		携帯番号	- -

診療費のお支払い	請求先 ご本人・ ()		
	請求書送付先 メールアドレス @		
	お支払い方法 来院・銀行振込		
	※振込手数料は振込元負担でお願いしております		