FAX
送信方向

# ＦＡＸにてお送りください

**送信先 FAX:03-3308-8200**

# 訪問歯科診療依頼書

◆当てはまる箇所に〇をつけてください。　　申込日　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受診者 | フリガナ<br>氏　名 | | 男・女 | Ｔ・Ｓ・Ｈ<br>年　月　日 |
| | 住　所 | 〒 | TEL | （　　）　　ー |
| | | | 携帯 | （　　）　　ー |
| | 保険証 | 国　保・社　保・生　保・後期高齢者・障　害・一部負担金助成 | | |
| | 主　訴 | 歯が痛い・歯肉が痛い・入れ歯を見てほしい・詰め物がとれた<br>その他（　　） | | |
| | 現病歴 | な　し　高血圧・糖尿病・脳神経疾患・心臓疾患・血液疾患<br>胃　腸・胃疾患・認知症<br>その他（　　） | | |
| | 感染症 | な　し　肝　炎・ＨＩＶ・ＭＲＳＡ・結　核・梅　毒<br>その他（　　） | | |
| | 訪問診療依頼理由 | 高齢によるＡＤＬ低下のため・認知症のため<br>アルツハイマー型認知症のため・脳梗塞後遺症のため<br>脳溢血後遺症のため・脳出血後遺症のため<br>その他（　　のため） | 通院が困難<br>ｏｒ<br>寝たきり | |
| | ADL 状況 | 要介護度区分 | 自　立／要支援　１・２／要介護　１・２・３・４・５ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ケアマネージャー名 | | TEL（　　）　ー<br>FAX（　　）　ー | |
| ケースワーカー名 | | TEL（　　）　ー<br>FAX（　　）　ー | |
| ご家族様氏名<br>（ご連絡先） | | TEL（　　）　ー | |
| | | 依頼者 | 本人　・　家族 |

訪問時に下記４点のご用意をお願いします。

☐ 介護保険証　☐介護負担割合証　☐ 健康保険証　☐ 薬情報

【個人情報の取り扱いについて】
ご提供いただいた個人情報は当院にて厳重に管理し、当院の業務の範囲内でのみ利用させていただきます。
なお、個人情報を当院より第三者に提供することはございません。

**医療法人社団若歯会　訪問歯科診療　【TEL：070-1180-4182（よいはに）　FAX:03-3308-8200】**

ちゃいるど中野歯科医院　〒183-0023 東京都府中市宮町 1-50 くるる 3F
ちゃいるど歯科医院　〒182-0002 東京都調布市仙川町 1-19-17 仙川パティオ 2F