

# クローバーデンタル 訪問診療申込書

FAX.018-836-4968

下記項目につき、○印または具体的内容のご記入をお願いします。  
初診時に保険証の確認をさせていただきます。

申し込み年月日 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男 ・ 女 様	電話番号	
			( ) -	
生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所				
主訴	(現在気になっているお口の症状を具体的にご記入ください)			
感染症	有 ( 肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ) ・ 無			
通院が困難なご事情	脳疾患・麻痺(有・無)	心疾患(具体的に: )	骨折(部位: )	高血圧 認知症 その他( )
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間歩行可能・屋内のみ可能			
保険証種類	国民健康保険・社会保険・後期高齢者・生活保護・障害			
介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在お使いのサービス	(例) : 10時 ~ 11時 (ヘルパー)			
	月曜日:	時	~	時 ( )
	火曜日:	時	~	時 ( )
	水曜日:	時	~	時 ( )
	木曜日:	時	~	時 ( )
	金曜日:	時	~	時 ( )
内服中の薬剤 (※薬情コピーでも可)				
他科からの訪問診療の有無	有・無	有の方	施設名:( )	担当医師or看護師名:( )
ケアマネジャー様氏名	事業所	電話番号		FAX番号
様		( ) -		( ) -
事業所住所				
ご本人以外の方への連絡先	ご家族	お名前 :	様	続柄:
		TEL :	( )	-
ご依頼者	様	電話番号 ( ) -		

FAX.018-836-4968