

## 訪問診療お申込書

お申し込みはFAXでお願いします

TEL / FAX 03-5834-8385

お申し込み年月日                      年              月              日

患者様 指名	フリガナ	性別	生年月日		年齢
		男  女	明・大・昭・平	年      月      日	歳
TEL		FAX			
住所	自宅                                      都 道 入所先                                      府 県 (施設名)				
主訴(現在気になっているお口のなかの症状)					
* 治療に限らず検診や相談でも結構です。					
通院が困難なご事情(病気の経歴)					
* 感染症→有(                                      )・無 * 通院→有・無・往診 * 入院					
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他(                                      )				
保険証の種類	介護度(                      )国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者				
ケアマネージャー様のお名前	事業所名	TEL	FAX		
ご連絡方法	1 患者様宅へ連絡                                      2 事業所へ連絡 3 身内・知人・その他へ電話(                                      )様 TEL(                                      )				
ご連絡希望日時					
訪問日のご都合など					
駐車スペース	有・無              自宅車庫・施設車庫・コインパーキング				
ご連絡事項					
ご依頼者様(事業者・病院・家族)				担当者名	
TEL				FAX	

ご提供いただいた情報は、当クリニックの個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保護保管いたします。

おはぎ在宅デンタルクリニック    〒113-0022 東京都文京区千駄木2-8-5 グリーンベル1階

TEL / FAX 03-5834-8385

<https://www.ohagidental.com/>

\* 後日、当クリニックより折り返しご連絡いたします。