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 氏名	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			
かかりつけ医（主治医）の医院名	医師名	TEL	FAX	
受診方法	1 在宅　　2 通院			
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。