**訪問歯科診療申込書**

お申し込みはFAXで　**FAX06-6325-0209**

申し込み日：　　　　年　　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  患者様氏名 | 様 | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　年　　月　　日　(満　　　歳) | |
| 訪問先住所 | 自宅・病院・施設・その他（　　　　　） | 駐車場(あり・なし) |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　TEL： | |
| ご依頼内容 | 治療　　　　・　　　　検診 | |
| 主訴  (お口の中の症状) |  | |
| 通院困難なご事情  (病気の経歴など) |  | |
| 歩行状態 | 寝たきり・車椅子・要介助・他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 保険証の種類 | 介護度（　　　）　国保・社保本・社保家・後期高齢者・障害者 | |
| ケアマネージャー様 | 氏名　　　　　　　　　　　 (事業所名　 　　　　　　　　　　)  TEL：　　　　　　　　　　　FAX： | |
| ご連絡方法 | 1.患者様宅へ電話　2.事業所様へ電話　3.ご依頼者様へ電話  4.その他　　　氏名（　　　　　　　）　TEL（　　　　　　　） | |
| その他連絡事項等 |  | |
|  |  | |
| ご依頼者 | (家族・病院・事業所)　氏名  TEL　　　　　　　　　　　　　FAX | |



TEL：06-6325-0205　FAX：06-6325-0209

〒533-0013　大阪府大阪市東淀川区豊里7丁目19番地4号

サンライズ御瑞宝2F