

## 訪問歯科診療 申込書

ご自宅用

以下の内容を分かる範囲でご記入の上、FAXして下さい。  
折り返しご連絡致します。

ふりがな	生年月日	性別
患者様氏名	年 月 日 ( 歳)	男・女
ご依頼者名  ご本人・ご本人以外（お名前：		ご関係：
患者様ご住所		
〒 -		
電話番号 ( ) -	FAX番号 ( ) -	
連絡方法 ① 患者様宅へ ② 事業所様へ ③ 家族・知人・その他 ( ) へ		
電話番号 ( ) -	FAX番号 ( ) -	

【主訴】 ※現在気になっているお口の中の症状	【お身体の状態】		
	痛み	あり・なし	
	入れ歯	あり・なし	
	うがい	できる・できない	
	歩行	全介助・部分介助・自立	
	座位の保持	可能・困難・不可	
【通院困難なご事情】 ※病気の経緯	食事	常食・介護食・非経口	
かかりつけ病院		主治医	
ケアマネージャー様のお名前		事業所名	
駐車スペース	有・無	保険証	有・無
備考：			

ご不明な点、ご希望等がございましたら、備考欄にお書き添え下さい。  
なお、ご記入頂きました個人情報は診療以外の用途には使用致しません。



歯科一般・矯正・小児・訪問

おかだ歯科・矯正歯科

TEL:072-801-8001 FAX:072-801-8002