

eko デンタルクリニック 訪問歯科診療申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者

お名前 _____ 患者さんとの関係 (_____)
 電話番号 _____ (_____) FAX _____ (_____)

フリガナ

患者様名 _____ 性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平・ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
 〒

住所 _____

電話 _____ (_____)

かかりつけ歯科医院名 _____ 医師名 _____

申込理由 (○を付けてください)

1. 痛みがある 2. 腫れがある 3. 良く噛めない 4. 入れ歯があわない
 5. 口が渇く 6. 検診希望 7. その他 (_____)

かかりつけ病院名 (内科等) _____ 医師名 _____

主な病名 _____

服用中の薬剤名 _____

患者様の状態

1. 寝たきり 2. 寝たり起きたり (座位を30分程度保てる) 3. 介助があれば座位が保てる
 4. 問題なく座位が保てる

要介護認定の有無 無し ・ 有り 要支援 (_____) 要介護 (_____)

障害者手帳の有無 無し ・ 有り (_____) 級

健康保険の種類 1. 国民健康保険 2. 社会保険 3. 後期高齢者医療保険 4. その他

問合せ・申込先

eko デンタルクリニック 訪問診療受付担当：三縄

電話&FAX：03-3683-8241