

# 麻布十番 はな歯科 訪問診療依頼票

依頼先FAX:03-6453-6034

無料検診依頼 ・ 治療依頼	依頼日 年 月 日
施設・事業所名	ふりがな
	依頼者名
TEL	FAX
職種 ・事務 ・MSW ・CM ・ナース ・ヘルパー ・その他	
ふりがな	TEL
患者様氏名	
ご住所	

※ご予約などのご連絡をさせて頂ける方(ご本人様・ご家族様・後見人様・ケアマネジャー様を通ず)

氏名	TEL(携帯)
----	---------

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	性別 男・女
------------------------	--------

保険証種類 後期高齢 ・ 国民 ・ 社会 ・ 障害 ・ 生保 ・ その他( )
---

要介護認定 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
-----------------------------

現在の病名( )感染症 有・無( )
病歴 脳疾患( )心臓( )腎臓( )
糖尿( )骨折( )変形症( )高血圧 認知症 パーキンソン病
その他( )

主訴 歯の痛み 歯茎の痛み 入れ歯が合わない 義歯作成希望 口腔ケア その他
具体的に( )

<連絡事項> (週間サービス予定や、診療の際の留意点などお書き添え下さい)
---------------------------------------

往診希望日(○) (複数可)	曜日	月	火	水	木	金	土
	/	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後
	希望時間						

※FAX到着後、こちらから患者様にご連絡し、初診日時を決定いたします。  
 ※担当ケアマネジャー様にはFAXまたはTELにて初診日時のご報告をさせて頂いております。

個人情報にて気になる点がある方につきましては患者様のお名前を抜いてご送信ください。  
 FAX到着後、こちらから折り返しご連絡をさせて頂き、お名前をお伺い致します。  
 ※ケアマネジャー様には後日、初回検診結果・診療状態のご報告をさせて頂いております。

麻布十番 はな歯科

東京都港区麻布十番4-6-8-3F  
 TEL03-6453-6033