

ダイヤモンド歯科 訪問診療依頼票

FAX : 0465-44-4487

依頼日 年 月 日

施設・事業所名		フリガナ	
		依頼者名	
住所			
電話番号		FAX	
職種	1. ケアマネージャー 2. 看護師 3. ヘルパー 4. その他 ()		

フリガナ		患者様 電話番号	
患者様氏名			
生年月日	明・大・昭・ 平・令・西暦 年 月 日 (歳)	性別	男・女
住所			
保険証種類	国保・社保・後期高齢 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	介護負担割合	1割・2割・3割
病歴 (正式名称)	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 ()		
連絡先 (ご予約などを確認させていただきます)			
1. ご本人様 (独居・家族同居) 2. ご家族様 3. ケアマネージャー様 4. その他 ()			
フリガナ		続柄	
氏名		電話番号	

主訴	1. 歯の痛み 2. 歯ぐきの痛み 3. 入れ歯の調整 4. 入れ歯の作成希望 5. 口腔ケア 6. 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をお書き添えください						
往診希望日	曜日、希望時間帯に○をお付けください (複数可)						
	曜日	月	火	水	木	金	土・日
	時間帯	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後	午前/午後

※FAX到着後、当医院から患者様にご連絡し、初診日時を決定いたします
 担当ケアマネージャー様には初診日時が決定後、電話又はFAXにてご報告させていただきます
 ※初診検診結果に付きましても、ケアマネージャー様にご報告させていただきます

足柄下郡湯河原町土肥 2-16-13-101
 TEL : 0465-44-4427
 FAX : 0465-44-4487