

この申込フォームをコピーしてお使いください。

歯科往診申込依頼書

お申し込みはFAXで 0263-71-6480 へ

安曇野市歯科医師会

お申込年月日 年 月 日

| | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------|-------|------|
| 患者様 氏名 | フリガナ | 男 ・ 女 様 | 年齢 | 電話番号 |
| | | | 歳 | () |
| 住所 | 自宅 入所先 (施設名) | 安曇野市 ()市・村 | | |
| ご依頼内容 | 治療 ・ 検診 を希望します | | | |
| 主訴(現在気になっているお口の中の症状) | | | | |
| 通院困難なご事情(病気の経歴) ※感染症⇒有り()・無し ※通院⇒有り・無し・往診 ※入院 | | | | |
| 歩行状態 | 寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他() | | | |
| 保険証の種類 | 介護度() 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障がい者 | | | |
| ケアマネージャー様のお名前 | 事業所名 | 電話番号 | FAX番号 | |
| ご連絡方法 1. 患者様宅へ電話 2. 事業所様へ電話 3. 身内・知人・その他へ電話()様 TEL() | | | | |
| ご連絡希望日時 | | | | |
| 往診日のご都合など | | | | |
| 駐車スペース | 有り ・ 無し | サービスを知ったきっかけ | | |
| ご連絡事項 | | | | |
| ご依頼者(事業所・病院・家族) | | | 担当者名 | |
| 電話番号 | () | FAX番号 | () | |

ご提供頂いた情報は、当歯科医師会の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

安曇野市歯科医師会 地域在宅歯科医療実施拠点事業