

申込日 年 月 日

小児在宅歯科医療申込書

ふりがな

患者氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生 歳 力月

住所 _____ 電話番号 _____

申込者氏名 _____ 続柄または事業所名 _____

連絡先 電話番号 _____ () _____ FAX _____ () _____

どうしましたか？（具体的にお書きください）

今まで歯科にかかったことがありますか？ ない・ある（ 年 月頃）

どこで歯科にかかりましたか？ 開業歯科医・地区のセンター・病院歯科・訪問歯科
（歯科医療機関名： _____）

訪問先	居宅・施設・病院・診療所		
名 称			
住 所	電話番号	FAX	

病気・障害について記入してください

主にかっている医療機関はどちらですか？

医療機関名（ _____ ） 診療科名（ _____ ）

担当医師名（ _____ ）

他の医療機関・診療科にかかっている場合はすべて記入してください

医療機関名 _____ 診療科名 _____ 担当医師名 _____

医療機関名 _____ 診療科名 _____ 担当医師名 _____

医療機関名 _____ 診療科名 _____ 担当医師名 _____

医療機関名 _____ 診療科名 _____ 担当医師名 _____

医療的ケアはありますか？	ない・ある
・経管栄養（ない・経鼻胃管・胃瘻・腸瘻・ _____）	・気管切開（ない・単純・気管分離）
・酸素投与（ない・ある）	・人工呼吸器の使用（ない・ある）
・吸引（無・有）	・その他（ _____ ）

訪問希望日	月・火・水・木・金	駐 車 場	ない・ある
訪問時の注意事項			

★この用紙を医療法人社団瑞祥会いづか歯科クリニック宛に FAX してください

FAX 0476-47-0025

訪問日時が決まりましたら担当歯科医より連絡させていただきます

