

在宅歯科医療申込書

申込日 年 月 日

ふりがな

患者氏名 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生 歳

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）

訪問先	居宅・施設・病院・診療所		
名称			
住所	電話番号	FAX	

主治医名	連絡先		
介護支援専門員名	連絡先		
主な介護者	連絡先		
主病名			
感染症	無・有 肝炎（A型・B型・C型） MRSA その他（ ）		
認知症	無・有（ ）	意思の疎通	無・有

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

アレルギー	無・有 薬剤：	食事：	その他：
-------	---------	-----	------

訪問希望日	月・火・水・金	駐車場	無・有
-------	---------	-----	-----

訪問時の注意事項

★この用紙をいづか歯科クリニック宛にFAXしてください。

訪問日時が決まりましたら当院よりご連絡いたします。

FAX 0476-47-0025

印西市草深 2419-9 ☎0476-47-1179 〒270-1337



医療法人社団瑞祥会

いづか歯科クリニック