

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑
 歯科訪問治療・無料検診依頼書



FAX番号:050-3488-0759

電話番号:0467-27-5254

※直接、往診用携帯(090-9190-8706)にご連絡頂いてもかまいません。(ショートメールも可)

申込者の施設名・氏名	施設名		氏名	
電話番号			FAX番号	
患者様との関係	☐ 家族(続柄)	☐ 担当ケアマネージャー		☐ その他()

患者様 氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女
	様		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ____ 年 ____ 月 ____ 日	満 ____ 歳	
住所	〒 神奈川県		
電話番号			

※分かる範囲で構わないので、当てはまる項目に☑をつけて下さい。

主訴	☐ 痛みがある ☐ 歯茎が腫れている ☐ 入れ歯が合わない ☐ 噛みにくい		
	☐ 飲み込みにくい ☐ その他()		
介護度	☐ 非該当 ☐ 要支援 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
生活保護	☐ あり ☐ なし	医療保険	☐ あり ☐ なし
重度障害者医療証	☐ あり ☐ なし		
患者さんの状態	☐ 歩行可能 ☐ 寝たきり ☐ 寝たり起きたり ☐ 移動に介助が必要		

訪問希望日時

※希望日に○印、不可の日に×印を記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							



かまくらデンタルクリニック深沢

かまくらデンタルクリニック深沢 院長：豊田 聡