

【歯科訪問診療・口腔のケア申込書】 申込日 年 月 日

※ お申込みの場合は、わかる範囲内で記入してください。この用紙は必ず提出してください。

ふりがな	(男 ・ 女)		申込者氏名	
患者氏名			患者との関係	(続柄：)
生年月日	M・T・S	年	月	日生 (歳)
郵便番号	〒 連絡先電話			
患者住所				
住宅状況	1. 一戸建て	2. 集合住宅	_____建ての 階	
駐車場	1 自宅に駐車できる 2 近隣に駐車できる 3 駐車場なし			
要介護認定	1. 要介護 1・2・3・4・5 2. 要支援 1・2 3. 認定なし			
日常生活動作	1. 寝たきり 2. 起き上がることはできる 3. 寝たり起きたり 4. 移動できる			
服薬の情報				
介 護 者	氏 名	続 柄	電話番号	介 護 の 状 況
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他 ()
				終日・昼間のみ・夜間のみ・その他 ()
現在のお困りのこと				
お願いしたいこと				
現在の通院状況				
訪問希望時間	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (昼頃 ・ 夕方 ・ 夜)			
曜日時間は、だいたいの目安としてご記入ください。詳しくは電話や窓口で、受付されて決定します。 ※ わかる範囲で記入してください。				
ケアマネージャー	名前：		連絡先：	
かかりつけのお医者さん	医科医院名		所在地	
保険の種類	1 国保 2 社保 3 後期高齢者 4 生活保護 5 他 ()			

くすのき歯科医院

電話：092 (963) 3355 F A X：092 (963) 2883