

在宅訪問診療口腔ケア 受付票(病院以外)

受付日	年 月 日
-----	-------

記入者		記入者事業所名		(TEL)	
依頼者		依頼者との関係 (続柄、事業所名等)		(TEL)	

受診者	住所					
	フリガナ		性別		生年月日	年 月 日(才)
	氏名		同居の家族			
	TEL		駐車	自宅前道路可能 ・ ㊦あり()		
	家屋	戸建て ・ 集合住宅				
介護者	氏名		受診者との関係			
	連絡先		住所(別居の場合)			
介護保険の認定	無 ・ 有 (1・2・3・4・5)		特筆事項			
担当ケアマネージャ		事業所名		連絡先	- -	
介護サービスの利用状況	デイサービス () 訪問看護 () ショートステイ () ホームヘルプサービス () その他 ()					
主病名						
主治医		医院名		TEL		
入院中の場合	病院名		診療科			
	入院の経緯等					

申し込み理由 (希望等)						
現在の歯の状況 (わかる範囲で)						
全身状況 (介護状況)						
備考						
訪問可能日		訪問場所	自宅 ・ 自宅外 ()			
以前かかった歯科医院		往診希望歯科医院				

※FAX382-5871(鈴鹿歯科医師会)までお願いします。