

# 歯科訪問診療依頼書 (FAX用)

FAX 0948-24-4146

依頼日 平成 年 月 日

ふりがな		生 年	M・T						男		
患 者 氏 名		月 日	S・H	・	・	( 才 )			女		
住 所	最寄の公共施設( )										
電 話 番 号	—	—	家 族 連 絡 先	—	—						
○ 依頼内容(お口の中の状態)											
○ 現在の主病名・症状(わかる範囲でご記入ください。)											
心臓疾患 ・ 高血圧 ・ 脳血管疾患 ・ 糖尿病 ・ リウマチ											
喘 息 ・ パーキンソン ・ 骨粗しょう症											
その他の病名( )											
○ 加入の保険等											
国 保 ・ 社 保 ・ 生 保 ・ 介護保険(認定 ) ・ 老 人 ・ 障 害											
○ かかりつけの病院											
病院名 ( ) 往 診 ・ 通 院											
○ 訪問介護 ・ 看護等の日程 (訪問を受けておられます曜日・訪問時間を記入ください。)											
曜日			時頃			曜日			時頃		
曜日			時頃			曜日			時頃		
曜日			時頃			曜日			時頃		
○ 依頼者氏名											
紹介事業所名											
所在地											
電 話	—	—	FAX	—	—						
担当ケアマネージャー											
○ 特記事項											
○ 医療法人 康和会 訪問診療 電話 0120-52-4567 FAX 0948-24-4146											