

あんどう歯科クリニック 訪問歯科 申込書・同意書

お申込み日

年 月 日

フリガナ		性別	年齢	生年月日
患者様氏名	様	男 女	歳	明 大 昭 平 年 月 日
訪問先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名 〒 - ）			
【往診車の駐車スペース】				有 ・ 無

【ご連絡先】 ※ご予約の相談や緊急時に連絡させていただきます。

第一連絡先： 患者様宅 / 事業所様 / その他（ /続柄 ）

TEL： 連絡可能な時間：

第二連絡先： 患者様宅 / 事業所様 / その他（ /続柄 ）

TEL： 連絡可能な時間：

【訪問希望時間】 ※現在、訪問診療は毎週木曜日午前9時30分～最終診療開始時間は午後2時です。

【気になっているお口の症状】

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が抜けた | <input type="checkbox"/> 歯が欠けた |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた | <input type="checkbox"/> 入れ歯が作りたい |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ・出血 | <input type="checkbox"/> お口の汚れ・口臭 | <input type="checkbox"/> 定期的な検診とケア希望 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

【うがい】 可能 不可能

【保険証の種類】

介護度（ ） 国保 ・ 社保 ・ 前期高齢者 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 福祉 ・ 障害者

【備考欄】（連絡事項がございましたらご記入下さい）

ケアマネージャーの情報 ※訪問日時が決まり次第、ケアマネージャーに連絡させていただきます。

事業所名	お名前（フリガナ）
電話番号	FAX 番号

私は、訪問歯科治療・口腔ケアの説明内容に同意しましたので、訪問診療・口腔ケアをお任せします。

同意者名 （続柄）

医療法人会心会 あんどう歯科クリニック 理事長 安藤 裕康

住所：名古屋市東区前浪町7-13 TEL：052-721-1500 FAX：052-721-1506