



つくばみらい くどう歯科 訪問診療依頼書

お申込み日 年 月 日

患者様氏名						性別(男 ・ 女)
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 歳					
ご住所	〒					
電話番号						
医療証	老人 ・ 障害 ・ 生保	要介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
歯科申込理由	<ul style="list-style-type: none"> 入れ歯があわない 歯が痛い はぐきが痛い その他() 					
通院困難な理由 (病気など)	脳血管疾患 (クモ膜下 ・ 脳梗塞 ・ 脳内出血 ・ アルツハイマー) 骨折 (腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節) 変形症 (腰椎 ・ 膝関節) 関節リウマチ 筋萎縮症 心疾患 悪性腫瘍 パーキンソン病 脊髄損傷 糖尿病 その他()					
感染症	有 < > ・ 無					
意思の疎通	可 ・ 不可 ◎備考()					
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
午後	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
理由						
特記事項						
担当 ケアマネジャー	事業所名		ケアマネジャー氏名			
	TEL		FAX			
ご依頼者氏名	事業所名		紹介者氏名			
	TEL		FAX			