井口歯科医院 FAX050−3730−6278

訪問歯科診療　受付票

フリガナ	男 女	生　年　月　日　　年齢
患者氏名 様		明治　大正　昭和 年　　月　　日　　歳
住所		

ご依頼内容	□検診＆相談希望　　□治療希望 （主訴：　　）

意思疎通	可能・耳が遠いが可能・困難（　　）
姿勢の維持	○寝たきり　　○車椅子での座位が可能　　○椅子での座位が可能
感染症	感染症なし・　肝炎Ａ　Ｂ　Ｃ　・その他（　　）
既往歴 別途治療開始時までに詳しい既往歴が分かるように情報をお願いします。	□ 脳梗塞（片麻痺・四肢麻痺） □ パーキンソン病 □ 認知症（アルツハイマー型・レビー型・その他　　） □ 誤嚥性肺炎 □ その他（　　）
要介護度	要介護　　度
駐車スペース	□敷地内に駐車可能　　□付近に駐車が困難 □付近に駐車スペースあり（コインパーキング含む）

記載は可能は範囲で構いません。

依頼者 申込者	○親族・知人　氏名　　（続柄） ○施設・事業者・病院等ご担当者さま 名称　　ご担当者様
希望の 連絡方法	□本人・家族に電話　　電話 □担当者に電話　　携帯 □その他　　FAX

希望日	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

上記の通り、依頼します。　　平成　　年　　月　　日

署名

不明な点、ご心配な点は遠慮なくお問い合わせください。０４５−９１４−２５１２