


東区みんなの歯科 歯科訪問診療 依頼書

依頼日 令和 年 月 日

ふりがな			性別	男・女		
氏名	様					
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳					
訪問先住所	〒		駐車スペース	有・無	場所	
電話番号						
ふりがな			続柄			
キーパーソン	様					
電話番号						
住所	〒					
ふりがな			電話番号			本人との関係
ご依頼者	様					
健康保険証	国保・社保・後期高齢者・生活保護・老初・老課・その他 ( )					
介護保険証	有・無・申請中		要介護度	要支援 (1・2) 1・2・3・4・5		
主訴						
通院困難な理由	脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) ・関節リウマチ 骨折 (腰椎・大腿骨・その他 ) 悪性腫瘍・認知症 パーキンソン病・変形性関節症 (膝・股・腰椎) その他 ( )					
既往歴	心臓 (ペースメーカー 有・無) ・腎臓 (透析 有・無 方法 ) 肝臓・肝炎ウイルス ( 型) ・感染症・骨粗鬆症 (服薬・注射) ・高血圧 糖尿病・喘息・アレルギー ( ) その他 ( )					
ふりがな			事業所			
ケアマネージャー	様			TEL( )		
訪問希望日	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
保険医療機関	 東区みんなの歯科		〒065-0024 札幌市東区北24条東1丁目3-7 訪問診療部TEL:080-8761-7138			