

本山歯科 名古屋本院 訪問診療申込FAX用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXにてお送りください

お申込み日 年 月 日

ご依頼者様	事業所名		TEL	
	お名前	様	FAX	

※初回のご希望にチェックお願いします ⇒ 初回無料検診希望 初回から診療を希望

ふりがな			性別	基本連絡先		
患者様氏名	様		男・女	緊急連絡先 (様)		
			生年月日	明・大・昭・平	年	月
訪問先住所						
同居 有・無	キーパーソン	お名前	続柄	連絡先		
担当CM様	事業所名			TEL		
	お名前	様		FAX		
介護保険	介護区分	要介護()・要支援()		負担割合	割	
医療保険	1割・2割・3割・福祉・障害・生保					

現在の問題点	部位	問題点				
入れ歯使用	無・有(上・下 / 総入れ歯・部分)		栄養摂取	経口・経管()		
食形態	常食・きざみ・ペースト・とろみ・その他()					
患者様の状態 (○・×)	うがいができる() 吐出しができる() 起き上がる() 意思疎通()					
既往症					認知症の場合 該当する 自立度に○	I II [IIa・IIb] III [IIIa・IIIb] IV M
感染症	無・有(病名)		アレルギー	無・有(病名)		
主治医 かかりつけがあれば ご記入をお願い致します	病院名		主治医	TEL	FAX	
			先生			
週間サービス	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
その他注意事項 (※服薬情報を添付して 頂けると助かります)						

FAX番号: 0120-25-3418

お電話での問い合わせは 0120-814-004まで