「歯科訪問診療 申込書」記入のお願い

事業所名:

担当者: 様

平素よりお世話になっております。ご多忙のところ恐れ入りますが、基本情報を下記に 記入の上、返送していただけると幸甚です。何卒よろしくお願いいたします。

歯科訪問診療 申込書

〒562-0042 箕面市百楽荘1-2-21 医療法人メディエフ 寺嶋歯科医院 訪問診療受付担当 行 TEL 072-743-8571 FAX 072-743-9087

ふりがな		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	年 月 日	歳
住所		<u>駐車スペース</u> 自宅®・マンション®・近隣®		
TEL:		携帯番号:		
申込者氏名:		本人との関係:		
要支援・介護認定の有無		小児慢性特定疾患の有無		
(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5		有・無		
感染症: □なし □あり(HB・HC・MRSA・HIV・Wa) □不明				3
主な介助者(キーパーソン) :		様		
事業所/CM:				
主訴	 ・歯、歯ぐきのトラブル(痛み・腫れ・出血など) ・詰めもの、入れ歯の不具合 ・定期的な口腔ケアを希望 ・摂食・嚥下の相談 ・その他() 			

保険証・介護保険証・介護負担割合証・フェイスシート(患者情報)のコピーを、 FAX(072-743-9087)または郵送にて、当院にお送りくださいますようお願い申し上げます。