

# FAX 申し込み用紙

FAX 951-1316

コピーしてお使い下さい。

※できる限りすべての項目に記入をお願いいたします。

|        |       |
|--------|-------|
| ふりがな   |       |
| ご利用者氏名 | 様     |
| 生年月日   | 年 月 日 |

訪問診療を望まれる住所

|     |   |
|-----|---|
| 横浜市 | 区 |
|-----|---|

|           |       |         |       |
|-----------|-------|---------|-------|
| 事業所名：     | _____ |         |       |
| ご担当者（連絡者） | _____ |         |       |
| 連絡先 電話番号  | _____ | ファックス番号 | _____ |

あてはまる項目を○で囲んで下さい。（ ）内には具体的にご記入下さい。

- お体の状態：少し歩ける・車イス・寝たきり
- 治療を行う場所：\_\_\_\_\_（リビングなど）・ベットサイド
- 保険証の種類： 国保 ・ 社保 ・ 社保家族 ・ 生保（管轄 \_\_\_\_\_ 区）  
後期高齢者 ・ 重度障害者医療証（ 有 ・ 無 ）
- 介護度：非該当・要支援1・要支援2  
要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
- 主たる病名：高血圧・心疾患（ \_\_\_\_\_ ）・脳血管障（ \_\_\_\_\_ ）  
認知症・肝臓疾患・糖尿病・パーキンソン病  
精神疾患 S・MDI・MZ・DZ・D・A・Z・DMA・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 感染症： 有（病名 \_\_\_\_\_ ） ・ 無
- 他の医療機関への通院： している（ \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科） ・ いない
- 治療範囲：主訴のみ ・ 全体 ・ 家族と相談
- 口腔状況（簡単にお答えください）

|  |
|--|
| 外傷 ・ 歯の痛み ・ 歯ぐきの痛み ・ 腫れた ・ つめ物、冠が外れた<br>入れ歯が痛い ・ 入れ歯の破折 ・ 入れ歯の作製希望<br>その他希望などご記入下さい。 |
|--|