

訪問歯科診療申込書兼同意書

私は、下記の内容を承諾し、**医療法人社団光医会 たかなし歯科**からの訪問歯科診療を受診することを希望します。

【同意内容】

- ・訪問歯科診療を申込みされた患者様のご自宅、又はご入居されている施設内にて診療を行います。
- ・訪問歯科診療を希望される場合は下記の申込書に記入し、必要情報（保険証・既往歴・服薬等）の提示をおねがい致します。
- ・当医院の歯科医師からの注意事項をお守りください。

診療場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____ 号室）		
(フリガナ)		性別	生年月日
患者様氏名	様	男・女	明・大昭・平 年 月 日生（ 歳）
(フリガナ)			連絡先
患者様住所	〒 _____		自宅： _____（ ） 携帯： _____（ ）
(フリガナ)		続柄	連絡先
ご家族様氏名	様		自宅： _____（ ） 携帯： _____（ ）
ご請求先	〒 _____ ※上記患者様住所と同じ場合は記入不要です		
	駐車場の有無（ 有り 無し ）		
症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（ ） <input type="checkbox"/> 虫歯がある（ ） <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた（ ） <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> その他（ ）		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現病歴 既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
服薬	保険証種類（ ）割合（ 割）介護保険負担割合（ 割）		
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 非経口 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

担当 ケアマネー ジャー様	事業所名	お名前 _____ 様
		連絡先 _____（ ）

※ご自宅又は、居宅系施設ご利用の場合は居宅療養管理指導提出の為、担当ケアマネージャー様のご記入をお願い致します。

・患者様もしくはご家族様（キーパーソン）の同意はございますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・歯科診療に必要な情報の提供にご了承いただけますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
年 月 日 上記の依頼内容の通り、当医院における診療に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医療法人社団光医会 たかなし歯科

TEL 045-953-8100

FAX 045-951-1316

個人情報の利用目的について

ご提供いただいた個人情報は「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。