訪問歯科診療 事前アンケート

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 患者様氏名 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
|  | 男・女 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日 | 歳 |
| 電話番号 | 　　　　(　　　　) | FAX | 　　　　(　　　　) |
| 訪問先ご住所 | 自宅・入所先(施設名) | (〒　　-　　　　)　　　　　市 | 駐車スペース |
| 有・無 |
| 主訴(現在気になっているお口の中の症状)※治療に限らず検診や相談でも結構です |
| 通院困難なご事情(病気の経歴) | 感染症⇒有(　　　　　　　　)・無 |
| 通院⇒有・無・往診 |
| 入院 |
| 歩行状態 | 寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他(　　　　　　　) |
| 保険証の種類 | 介護度(　　　)　　国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者 |
| ご連絡方法 | 1.患者様宅へ連絡　　　2.事業所様へ連絡3.身内・知人・その他へ電話（　　　　　　　　）様　TEL(　　　　　　　　) |
| ご連絡希望日時 |  |
| 往診日のご都合など |  |
| サービスを知ったきっかけ |
| その他ご連絡事項 |

|  |
| --- |
| ご依頼者様(事業所・病院・家族)担当者名(　　　　　　　　　　　) |
| 電話番号 | 　　　　(　　　　) | FAX | 　　　　(　　　　) |
| ケアマネージャー様のお名前事業所名(　　　　　　　　　　　) |
| 電話番号 | 　　　　(　　　　) | FAX | 　　　　(　　　　) |
| 主治医病院名(　　　　　　　　　　　) |
| 電話番号 | 　　　　(　　　　) | FAX | 　　　　(　　　　) |

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

さいとう歯科クリニック
〒981-3341 宮城県富谷市成田４丁目１９－３ アスールコート １F
FAX：022-341-8641 ｜ Mail：info@saito-dental-miyagi.com ｜ TEL：022-341-8640