

## 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
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
			年齢 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