



予 診 票 (訪 問 診 療)

申込日時

年

月

日

フリガナ

患者さまお名前:

性別: 男 女 / 生年月日: 平成・令和 年 月 日

年齢: 才 月 / 身長: cm / 体重: kg

ご記入者: (ご家族・その他 ())

◎ 訪問先・訪問希望日・時間 (アパート・マンション名、お部屋番号まで詳しくご記入下さい)

• 訪問先住所: (〒 -)

• ご連絡先:

• 場所の目標:

• 駐車場の有無: あり なし *なしの場合も近くに駐車できる場所をご記入ください。

(駐車場所:)

• 訪問希望日・時間 (毎週木曜日 午前 9:30-13:00) *ご事情で初回、別曜日のご希望があればお書き下さい。ご相談させていただきます。

第1希望日・時間:

第2希望日・時間:

第3希望日・時間:

◎ お口の状況について(どこが?いつから?どの様に痛い?困っていますか?)

◎ おからだの状況について(既往歴、基礎疾患について~いつから?現在の状態)

• 担当医・病院名:

• 治療内容・手術歴:

• 服薬状況:

◎ **生活状況について**（哺乳・摂食状況、コミュニケーションの状態と方法、診療時の体勢について）

◎ **その他 特記事項**（特別に配慮すべきこと、歯科訪問診療に対する希望など）

訪問診療時のお願い

【ご用意して頂くもの】 保険証・お薬手帳・各種助成証・各種手帳・使用している歯ブラシタオル(ハンドタオル大のもの)

◎ 初回訪問時は同席をお願い致します。

◎ ご連絡を頂きましたらあらためて担当衛生士からお電話をさせていただきます。

(*ご都合の良い日時を教えてください。 月 日 () 時頃)

• ご記入に際しご不明な点をご連絡ください。

TEL 011-688-5611 FAX 011-688-5601

(水・祝日 休診 日曜不定隔週診療 *昼休み12:00-13:30)

*お電話は診療時間内にお受けします。

*留守番電話にご伝言して頂ければこちらから折り返しご連絡致します。

◎ **診療情報活用の承諾のお願い**

診療情報を個人特定ができない状態で、医学水準向上・医療者育成の目的のために、
症例検討会、学会、医学雑誌などで活用することを承諾していただけますか？

承諾します 承諾しません

記入者署名

続柄