

ケアマネジャー・病院・施設関係者の方へ

つがやす歯科医院訪問診療 依頼書

No. _____ 最終来院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様情報	氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ) _____				当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	生年月日	T H R	S R	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	自宅住所	〒 _____ - _____					
	電話番号	_____ - _____				本人 家族	
	現在の症状						
施設情報	施設名					階	号室
	電話番号	_____ - _____				介護保険	有 無
保険証情報	介護度	要支援 1 2 介護 1 2 3 4 5					<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証
	保険証の種類 (ご利用の種類すべて)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード					
		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者受給者証 <input type="checkbox"/> 前期高齢者資格確認書					
	フェイスシート	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 家族持参			その他		
	薬情・情報提供書	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 家族持参			その他		
	当院への保険証の確認方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 家族持参			その他		
ケアマネジャー 氏名 (フルネーム、漢字で)		(フリガナ) _____ 氏 名			事業所名	TEL: _____	
依頼者	氏名						
	患者様との関係	本人 家族 ケアマネジャー 施設関係 病院関係					その他:
	電話番号	_____ - _____					
日程	ご不在日	月	火	水	木	金	
	A M						
	P M						
請求	請求先住所	自宅 家族 施設			その他:		
		(上記住所以外のご家族・その他の場合のみ記入)					
		宛名:			住所:		
折り返し連絡先		施設名:				氏名:	

※敬称略

☆ご依頼書をFAX又は、メールでいただきましたら、当院の担当スタッフより日程のご連絡をさせていただきます。

※不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

医療法人 秀和会 つがやす歯科医院
TEL : 0155-21-2002
FAX : 0155-24-7705