

ケアマネージャー・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	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					
ケアマネージャー 氏名 (フルネーム、漢字で)	(フリガナ)			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頂きます。

※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