

訪問歯科診療申込書兼同意書

私は、下記の内容を承諾し、星の森ファミリー歯科からの訪問歯科診療を受診することを希望します。

【同意内容】

- ・訪問歯科診療を申込みされた患者様のご自宅、又はご入居されている施設内にて診療を行います。
- ・訪問歯科診療を希望される場合は下記の申込書に記入し、必要情報（保険証・既往歴・服薬等）を添えて提示していただきます。
- ・当医院の歯科医師からの注意事項をお守りください。

| | | | |
|------------|---|------------|--------------------|
| 診療場所 | <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____ 号室） | | |
| (フリガナ) | 性別 | 生年月日 | |
| 患者様氏名 | 様 男・女 | 明・大 昭・平 | 年 月 日生（ 歳） |
| (フリガナ) | 連絡先 | | |
| 患者様住所 | 〒 _____ | | 自宅： () 携帯： () |
| (フリガナ) | 続柄 | | 連絡先 |
| ご家族様 氏名 | 様 | | 自宅： () 携帯： () |
| ご請求先 | 〒 _____ ※上記患者様住所と同じ場合は記入不要です | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い () <input type="checkbox"/> 虫歯がある () <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた () <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 現病歴 既往歴 | <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 服薬 | ※お薬手帳のコピーでも可 | | |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 非経口 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| | | |
|-----------|------|-------------|
| 担当 CM様 | 事業所名 | お名前 _____ 様 |
| | | 連絡先 () |

※ご自宅又は、居宅系施設ご利用の場合は居宅療養管理指導提出の為、担当CM（ケアマネージャー）様のご記入をお願い致します。

| | |
|------------------------------------|--|
| ・患者様もしくはご家族様（キーパーソン）の同意はございますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・歯科診療に必要な情報の提供にご了承いただけますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 年 月 日 上記の依頼内容の通り、当医院における診療に同意しますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

星の森ファミリー歯科

TEL 052-443-4182 FAX 052-443-4650

個人情報の利用目的について

ご提供いただいた個人情報は
「患者様へ提供する医療サービスのため」「医療保険事務」「管理運営業務」の目的にのみ利用されるものです。