

ふれあい歯科ごとう 訪問歯科診療依頼書

記入日 年 月 日

ふりがな 患者さんお名前		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒 -		
電話番号	()		
キーパーソンお名前		ご関係	
キーパーソン連絡先	()		
歯科的な主訴 困っている内容			
患者さんの状態	① 寝たきり ② ほぼ寝たきり（30分位座位保持可能） ③ 介助があれば移動できる ④ 自分で移動できる		
かかりつけ医	病院	医師	
主な病気			

介護保険情報

担当ケアマネジャー名		事業所名	
被保険者番号			
保険者番号		保険者名	新宿区 ・ その他 ()
要介護区分	要支援 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	介護保険負担割合	
認定年月日	平成 年 月 日	1割 ・ 2割	
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

ご依頼者情報

ご依頼者お名前	
事業所名	
電話番号	
FAX番号	

〒169-0074
 新宿区北新宿4-11-13
 せらび新宿1階
 電話 03(5338)8817
 ふれあい歯科ごとう
 代表 五島 朋幸

FAX送信先： 03-5338-8837