

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	( )			
初回アポイント連絡先	本人・キーパーソン・ケアマネジャー			
歯科的主訴 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	令和	年	月	日
認定有効期間	令和	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