

## ご自宅受診お申し込みフォーム

※大変恐れ入りますがコピーしてご利用下さい。

申込者様名（ふりがな）：（ ）

続柄または事業者名：

ご連絡先電話番号：

### ①受診希望者様について

氏名（ふりがな）：（ ）

\* 訪問先が施設や病院である場合は住所に施設名称もご記入ください。

性別・生年月日： 男性 女性 M・T・S・H・R 年 月 日生

住所（訪問先）：

訪問診療車の駐車場： 有 無

### ②主な症状について（\*複数選択可）

義歯不具合や破損 義歯新製希望 歯の痛み 歯茎の炎症 口腔ケア希望 その他

### ③既往歴および身体状況について（\*複数選択可）

認知症 統合失調症 脳梗塞 心不全 心筋梗塞 パーキンソン 腎不全 糖尿病

寝たきり 高齢による自立度低下 経管栄養 透析 ペースメーカー

在宅中心静脈栄養(IVH) 歯科通院を困難にしているその他の状況や疾患がある

### ④備考（補足事項やご希望、ご質問等）

\* 訪問日程調整等で歯科医院から連絡をさせていただく先が、お申込者様と別の方である場合は、ご記入下さい。

\* ご都合の悪い曜日や、日時があれば理由とともに必ずご記入下さい。（例：月木15時までデイサービス）

●FAX到着後、翌営業日までに、ご連絡差上げます。マキ歯科新町診療所 FAX番号：088-623-6552