訪問歯科診療申込書兼同意書

私は、下記の内容を承諾し、　飯泉歯科医院　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	筑波キングス・ガーデン		**部屋番号**	
（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	☐ 歯が痛い（　）　☐ 虫歯がある（　）　☐ 詰め物・被せ物が取れた（　） ☐ 歯がしみる　☐ 歯ぐきから血が出る　☐ 歯がグラグラする ☐ 歯石を取ってほしい　☐ 入れ歯が合わない　☐ その他（　）			
感染症	☐ 無　☐ 有（　☐ B型肝炎　☐ C型肝炎　☐ 梅毒　☐ MRSA　☐ HIV　☐ その他（　）			
現病歴 既往歴	☐ 認知症　☐ 脳梗塞　☐ くも膜下出血　☐ 高血圧　☐ パーキンソン症候群　☐ 糖尿病　☐ 心筋梗塞　☐ 心房細動 ☐ その他（　）			
服薬	※お薬手帳のコピーでも可			
食事形態	☐ 常食　☐ 軟菜食　☐ 刻み食　☐ ミキサー食　☐ 流動食　☐ ゼリー　☐ 非経口　☐ 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？　☐ はい　☐ 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？　☐ はい　☐ 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？

☐ はい　☐ いいえ

飯泉歯科医院
TEL 029-837-0708　FAX 029-837-0710

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。