

<<歯科往診申込み票>>

お申し込み日 年 月 日 時

| | | | |
|----|------|---|----|
| 種別 | 無料検診 | ・ | 治療 |
|----|------|---|----|

| | | | | | | | | | |
|---------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|
| 患者様氏名 | | | | | | 性別 | 男・女 | | |
| 生年月日 | 明治 | ・ | 大正 | ・ | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| ご住所 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | 介護認定 | 有 ・ 無 | | | | |
| 保険証 | 老人 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 () | | | | | | | | |
| (現在および過去の)ご病気 | 心臓(心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用) ・ 糖尿(インシュリン投与 有・無) 腎臓(透析 有・無) ・ 痴呆(重度・軽度) ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ その他 () | | | | | | | | |
| 通院困難な理由 | 脳疾患(脳梗塞(右・左)・脳卒中・脳溢血) ・ 骨折(腰椎・大腿骨・膝関節) ・ 関節リュウマチ 変形症(腰椎・頸椎・膝関節) ・ (上肢・下肢)機能全廃 ・ 筋萎縮症 ・ パーキンソン病 脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍後遺症 ・ その他 () | | | | | | | | |
| お口の状態 | 総入れ歯 | ・ | 部分入れ歯 | ・ | 自歯 | 痛み | 有 ・ 無 | | |
| ご都合の悪い日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | | | |
| 時間 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | | | |
| 理由 | | | | | | | | | |
| 備考欄(主訴) | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|--|---|---|-----|---|---|
| 御依頼者名 | 事業所名 () 紹介者名 () 様 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護 S t ・ 病院 | | | | | |
| 電話番号・FAX | TEL | — | — | FAX | — | — |

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにて御送信お願い致します。

FAX番号 072 - 222 - 7282

〒590-0048 堺市一条通17-18

Te l (072) 221-0506