

# << 山口歯科往診申込み票 >>

お申込日 年 月 日 時

種別	無料検診 ・ 治療					
ふりがな					性別	男・女
患者様氏名						
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	歳	
ご住所						
電話番号						

※日程調整などのご連絡をさせていただける方(ご本人様・ご家族様・後見人様・ケアマネージャー様)

氏名		TEL(携帯)	
----	--	---------	--

介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	要介護度	要支援(1・2) 1・2・3・4・5			
保険証	国保 ・ 社保 ・ 後期 ・ 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) ・ 高血圧 腎臓(透析 有・無) ・ 認知症(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( )					
感染症	有 ・ 無	症				
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	貴事業所名( ) ご担当者名( 様)					
電話番号・FAX	TEL:	-	-	FAX:	-	-

※お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入の上、FAXにてご送信お願い致します。  
(病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

**FAX番号 03-6913-6977**

〒167-0022 東京都杉並区下井草2-40-10-2階

訪問歯科専用ダイヤル 03-5303-8228