

# 《 山口 歯科 往診 申込 》

お申込日 年 月 日 時

種別	無料健診 ・ 治療		
ふりがな		性別	男 ・ 女
患者様氏名	様		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 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	続柄	TEL					
介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	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 ・ 原爆 ・ 難病(病名: )						
現在及び過去のご病気	心臓(心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 狭心症 ・ 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	有り ・ なし	症					
お口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯			痛み	有り ・ なし		
一週間ご予約	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
時間及びサービス内容 (ヘルパー、デイ、訪看等)							
主訴 (治療してほしい事柄/症状など) その他注意事項							

事業所名	ご担当者名		様
連絡先	TEL	FAX	その他連絡先

※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 訪問専用TEL03-5303-8228