

訪問歯科診療 申込み票

あつ歯科～ワタナベマリコデンタルオフィス～

お申し込み日 年 月 日

種別	無料検診	・	治療
----	------	---	----

患者様名		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（要介護・）・無
保険証	老人・生保・障害・その他（ ）		
現在及び過去の病気	心臓・肝臓・腎臓（透析 有・無）・肝炎（A型・B型・C型・不明） 高血圧・脳血管の障害・血液の病気・胃腸の病気 糖尿病（インシュリン 有・無）・リウマチ・痴呆（重度・中度・軽度） 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） 変形症（腰椎症・関節症・腕肩節）・関節リウマチ・（上肢・下肢）機能全廃 筋萎縮症・パーキンソン脊髄損傷・悪性腫瘍・その他（ ）		
お口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯		
	歯が痛い・歯茎が痛い・歯茎が腫れている 入れ歯が壊れた・入れ歯が合わない・新しい入れ歯を作りたい 歯の汚れを取りたい・その他（ ）		
ご都合の良い日	日曜日（午前・午後）／ その他曜日希望（ ）		
その他			

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

不明な箇所については空欄のままで提出ください。

FAX 番号 03-5368-0622