

《植木歯科医院 訪問診療申し込み表》

お申込日： 年 月 日

種別	歯科治療 ・ 無料歯科検診
----	---------------

フリガナ							性別	男・女
患者様指名								
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日	歳		
住所	〒						(様方)	
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)				
健康保険証	国保・社保・後期高齢者・生活保護・障害・その他()							
介護保険証	有・無・申請 中	要介護度		要支援(1・2) 1・2・3・4・5				
既往歴	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)・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	脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)・骨折(腰椎・大腿骨・膝関節)・関節リュウマチ 変形性(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 頸椎損傷・悪性腫瘍後遺症・その他()							
感染症	あり・なし		() 症					
お口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯				※痛み(あり・なし)			
ご都合の悪い日	日曜日	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	午前・午後	
理由								
備考欄 (主訴)								

事業者名()	紹介者名()	様)
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護St・訪問介護・病院		
TEL	—	FAX

お手数ですが患者様の御了承を得られた上で、上記項目にご記入いただき下記までにてご送信お願い致します。

(※既往歴・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 0283-24-1218



植木歯科医院
Ueki Dental Office

〒327-0832 栃木県佐野市植上町 1539-2

0283-24-1181