

《 在宅歯科診療お申し込み用紙 》

お申し込み日 年 月 日

種別	治療 : 無料検診						
ふりがな							
患者様名						性別	男 ・ 女
生年月日	明治	:	大正	:	昭和	年	月 日
住所	〒	—					
電話番号	—	—	特記事項				
保険証	老人 ・ 生保 ・ マル障 ・ その他 ・ 後期高齢						
介護保険	有 ・ 無	要介護 要支援	1	2	3	4	5 申請中
既往歴	有 ・ 無	心臓・肝臓 (A型・B型・C型)					
		肝臓・心筋梗塞・認知症・糖尿 (インシュリン有・無)					
		その他 (
通院困難理由	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・膝関節症) ・関節リュウマチ (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						
主訴	口腔状態			全身状況			
	<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 虫歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が抜けたまま <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> その他			臥床状況 移動動作 聴力障害 言語障害 認知障害 意志表示	寝たきり・寝たり起きたり 全介助・部分介助・その他 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 出来る・出来ない		
ご都合の良い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
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
備考							
ご依頼者様名	/ご所属:						
電話番号・FAX	TEL	—	—	FAX	—	—	

お手数ですが上記項目にご記入の上、下記までFAXにてご送信お願い致します。

TEL:03-6802-4518 FAX:03-6802-4519