

＜＜清水歯科医院往診申込書＞＞

お申し込み日 年 月 日 時

種別	無料検診 ・ 治療
----	-----------

患者様氏名						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						介護保険	有() ・ 無	
緊急連絡先	氏名	電話番号			続柄			
保険証	後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他()							
(現在および過去の)ご病気	有・無	心臓・肝臓(A型・B型・C型)・糖尿(インシュリン有・無)・腎臓・心筋梗塞 認知症(重度 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・膝関節症)・関節リウマチ(上肢・下肢)機能全廃 筋萎縮性・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	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)								
担当ケアマネジャー	事業所名 様 TEL () FAX ()							
御依頼者名	事業所名() 紹介者名() 様 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護St・病院							
電話番号・FAX	— — 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。
(病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。)

電話番号: 045-543-9736

FAX番号: 045-531-4991

患者様氏名につきましては、初めの一文字だけ記入し、残りの文字は文字数分をX で表記願います。
(デンタル太郎の場合 ⇒ デンXX X郎)