

歯科診療申込票

申込日 年 月 日

フリガナ						性別	男・女
患者氏名							
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	歳	
住所	〒			電話番号			
KP氏名	続柄			同居・別居			
電話番号			医療保険	有・無	介護保険	有・無	
介護度	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)				
主訴	(ご依頼の理由)						
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 時間 サービスなど	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日		
既往歴	☐ 糖尿病 ☐ 肝炎 (B型・C型・その他) ☐ 胃ろう ☐ 骨粗しょう症 ☐ パーキンソン病 ☐ 骨折 ☐ 関節リウマチ ☐ 腎不全 () ☐ 高血圧 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心不全 ☐ 甲状腺機能低下症 ☐ 不整脈 ☐ 人工呼吸器を装着している ☐ 脳梗塞 ☐ 在宅酸素療法を行っている ☐ 脳出血 その他 ()						
かかりつけ医療機関	担当医						
紹介者名	事業所名			担当ケアマネジャー様			
	TEL —			FAX —			

医療法人社団 悠翔会在宅クリニック

歯科診療部

FAX : 03-3289-0607

TEL : 03-6809-2804

E-mail : shika@yusyoukai.jp

