

◀ しろくま歯科 往診申込み票 ▶

お申し込み日 年 月 日 ()

種別	無料検診	・	治療
----	------	---	----

患者様氏名				性別	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳						
ご住所	〒 -						
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）			
介護保険認定	有・無・申請中		要介護度	要支援（1・2） 1・2・3・4・5			
医療保険種類	国保・社保・後期高齢者・生保・障害・その他（ ）						
ご病気 <small>（現在又は過去）</small>	高血圧症・心臓疾患（心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用）・腎臓（透析 有・無） 糖尿病（インシュリン投与 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	脳疾患（脳梗塞（右・左）・脳卒中・脳溢血・骨折（腰椎・大腿骨・膝関節）・関節リウマチ 変形症（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 脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症・その他（ ）						
感染症	有・無			症			
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	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 <small>（主訴）</small>							
御依頼者名	事業所名（ ） 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						
電話番号・FAX	TEL - -			FAX - -			

※お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入の上、下記までFAXでご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。)

FAX番号 011-376-1128

〒003-0803 北海道札幌市白石区菊水3条4-2-7 樋口ビル2階
フリーダイヤル (0120)-25-4690