

歯科・往診申込書

申込日 R

フリガナ 患者様氏名					(男・女)	
	生年月日 (M・T・S)		年	月	日	(歳)
ご住所 (施設名)	TEL		駐車スペース	エレベーター		
			有・無	有・無		
お口の症状		義歯	痛み	当院の受診歴		
		有・無	有・無	有・無		
通院困難な理由	認知症 (重度・軽度) ・脳疾患 (脳梗塞 左/右・脳卒中・脳出血) 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・筋萎縮症・脊髄損傷・その他 ()					
全身疾患	心臓疾患 脳疾患 高血圧 糖尿病 (インスリン注射有・無) 腎臓病 (透析有・無) 肺炎 (誤嚥性肺炎など) 骨粗しょう症 肝炎 (A B C 型肝炎)					
日常生活動作 生活状況	1. 寝たきり		2. 移動 (車椅子・歩行介助器・杖・要見守り)			
	3. 加齢による筋力低下		4. 認知症 (意思の疎通困難・情緒不安定)			
	5. 視力に障害がある		6. 大声でないと聞こえない			
	7. (右・左) に半身麻痺がある		8. 医療器具を装着 ()			
アレルギー	無	有 (薬		食べ物	その他 ()	
かかりつけ医	担当医	病院名		TEL		

保険証の種類	医療	国保 社保 (本人・家族) 後期高齢者 重度心身障害者手帳 生保						
	介護	介護認定		有 無 申請中				
		要介護	1	2	3	4	5	要支援
ケアマネジャー	事業所		TEL					
	担当ケアマネジャー							
ご家族・後見人	名前	TEL			ご関係 ()			
ご連絡方法	患者様宅へ連絡・身内 () の方へ連絡・事業所様へ連絡・その他 ()							
ご訪問のご都合など	希望曜日・時間帯など							

ご依頼者 (患者様とのご関係) 名前 TEL

ご紹介元 (施設・事業所) ご担当者 TEL

お手数ですが上記ご記入の上、当院まで持参していただくかもしくはFAXにて送信お願いいたします。

松原歯科医院 TEL: 0987-55-1568

FAX: 0897-55-9727

〒793-0030 西条市大町709-5