

<<うれし野デンタルクリニック 往診申込み票>>

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				介護認定	有 ・ 無 (介護度)	
緊急連絡先	常時連絡のできる方のご氏名 :			電話番号 :		
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	心臓 (心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用) ・ 糖尿 (インシュリン投与 有・無) 腎臓 (透析 有・無) ・ 認知症 (重度・軽度) ・ 肝臓 (A型・B型・C型) ・ その他()					
感染症	有 ・ 無					
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) ・ 関節リュウマチ 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 ()					
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)						
ご依頼者名 又は担当ケア マネージャー	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	TEL	—	—	FAX	—	—

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信お願いいたします。

(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 049-256-4619

〒 356-0056 埼玉県ふじみ野市うれし野1-1-12

医療法人社団彩明会 うれし野デンタルクリニック

TEL 049-256-4618