

医療法人社団真宏会ながさき歯科医院 — 往診申込み票 —

お申込み日 年 月 日 時

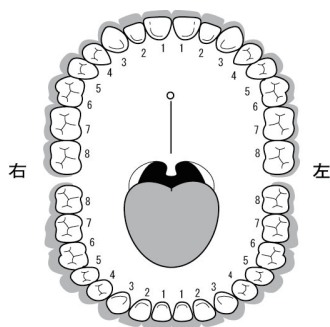
※お手数ですが、お分かりになる範囲で結構ですので下記項目にご記入の上FAXにて送信をお願い致します。

患者様氏名： 様	性別： 男 ・ 女
ご住所：	
電話番号：	生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日
保険証： 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害 ・ その他()	
介護保険： 有 ・ 無 【要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5】	
既往歴： <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()	

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
理由	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他
	()	()	()	()	()	()	()

お口の状況 と 主な訴え

※初回無料歯科健診をご希望されますか？ (希望します ・ 希望しません)



義歯について

- 総入れ歯
- 部分入れ歯
- 自歯

※痛み(有 ・ 無)

主な訴えについて

- 虫歯がある 歯が痛む 歯が欠けた
- 歯が取れた 歯茎の腫れ・出血がある
- 歯がしみる 口の中を綺麗にしたい
- 入れ歯が壊れた 入れ歯が落ちる
- 入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい
- その他()

備考

事業所名：

ご依頼者様名

TEL:

FAX:

(ご担当のケア
マネージャー様)

お名前：

様

お申込みは
こちらまで



FAX:042-729-4182

TEL:0120-75-4182