医療法人社団宏真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（　　）

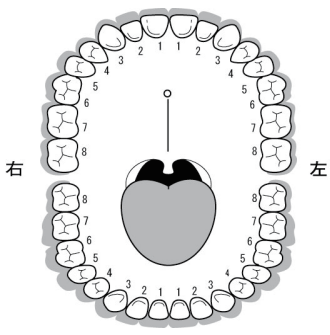
介護保険：　有　・　無　【要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５】

既往歴：□ 脳疾患　□ 心臓疾患　□ 肝臓疾患　□ 認知症　□ パーキンソン病　□ 変形症　□ 骨折

□ 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	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）	□通所介護 □訪問入浴（AM:PM） □訪問看護（AM:PM） □その他 （　　）

お口の状況　と　主な訴え



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

ご依頼者様名（ご担当のケアマネージャー様）	事業所名： TEL:　　FAX: お名前：　　様

お申込みはこちらまで　FAX：042-722-2117　TEL：0120-75-4182