

歯科往診申込書

申し込み年月日 年 月 日

新発田市歯科医師会

歯科医院 御中

ふりがな				年齢	性別	電話番号
患者さん氏名	明・大・昭 年 月 日生			歳	男 ・ 女	()
患者さん住所	自宅 〒957- 新潟県 新発田市 町 丁目 ー 入所先 (施設名)					
ご依頼内容	治療 ・ 健診 を希望します					
主訴 (現在気になっているお口の中の症状など) 総入れ歯・部分入れ歯・自身の歯・痛み (有・無)・腫れ・その他						
通院困難な理由	脳梗塞 (左・右) 総卒中・脳溢血・骨折 ()・変形症・関節リウマチ・パーキンソン脊髄損傷・機能全敗筋萎縮症・悪性腫瘍・その他				※ 感染症 無・有 ()	
					※ 通院 (有・無・往診)	
					※ 入院	
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車いす・短時間可能・屋内可能・他 ()					
保険証の種類	介護認定 (度) 国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者・その他					
ケアマネージャー	氏名	事業所名	電話番号	FAX番号		
連絡方法	電 話・FAX・その他 ()					
連絡希望時間帯	(月・火・水・木・金・土) AM・PM 時頃					
診療日の都合	(月・火・水・木・金・土) AM・PM 時頃					
駐車スペース	有り ・ 無し					
その他、うかがっておいの方が良い事柄がありましたら記入して下さい。	心臓・肝臓 (A・B・C)・糖尿病 (インシュリン有・無)・腎臓 (透析有・無)・心筋梗塞・痴呆 (重度・中度・軽度)・その他					
ご依頼者名 (事業所・病院・家族・親戚)						
ご担当者名						
電話番号	()	FAX番号	()			