

<< ラビット歯科往診申込み票 >>

お申込日 年 月 日 時

種別	無料検診	・	治療	・	嚙下検査
----	------	---	----	---	------

フリガナ 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			

※日程調整などのご連絡をさせていただける方(ご本人様・ご家族様・後見人様・ケアマネージャー様)

フリガナ 氏名		TEL(携帯)	
------------	--	---------	--

介護認定	有・無・申請中	要介護度	要支援(1・2) 1・2・3・4・5			
保険証	国保・社保・後期・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)・高血圧 腎臓(透析 有・無)・認知症(重度・軽度)・肝臓(A型・B型・C型)・その他()					
通院困難な理由	脳疾患(脳梗塞(右・左)・脳卒中・クモ膜下出血)・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()					
感染症	有・無	C肝・B肝・W・MRSA・その他感染症[]				
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)						

御依頼者名	事業所名(フリガナ ご担当者名()様)
電話番号・FAX	TEL: - - FAX: - -

※お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入の上、FAXにてご送信お願い致します。

(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 022-796-0397

〒 980-0004 仙台市青葉区宮町4-5-34 Noie Sendai宮町203

電話番号 (0120)55-4182 / 022-796-0357