

《 ひまわり歯科 訪問診療 申し込み票 》

お申込日 令和 年 月 日

種 別	歯 科 治 療 ・ 無 料 歯 科 検 診
-----	-----------------------

フリガナ				性別	男 ・ 女		
患者様氏名							
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	歳		
住 所	〒			(様方)			
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)							
氏 名			TEL (携帯)				
健康保険証	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害 ・ その他 ()						
介護保険証	有 ・ 無 ・ 申請中		要介護度	要支援 (1 ・ 2) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
既往歴	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 ()						
通院困難な理由	脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血) ・ 骨折 (腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節) ・ 関節リュウマチ変形性 (腰椎 ・ 頸椎 ・ 膝関節) ・ (上股 ・ 下股) 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	あり ・ なし		() 症				
お口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自 歯			※痛み (あり ・ なし)			
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
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	午前 ・ 午後
理 由							
備考欄 (主 訴)							

事業所名 () 紹介者名 () 様
居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ 訪問看護 S t ・ 訪問介護 ・ 病院
TEL — — FAX — —

お手数ですが患者様の御了承を得られた上で、上記項目にご記入いただき下記まで FAX にてご送信お願い致します。
(※既往歴 ・ ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です)

ひまわり歯科

〒130-0014 東京都墨田区亀沢 4-18-9 WBフラット 1階

FAX番号 **03-6658-4662**

フリーダイヤル **0120-41-8255**