

— 訪問歯科診療 申込票 —

お申込み日 年 月 日

種別	検診 ・ 治療 (○をつけてください)
----	---------------------

患者様氏名					性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	ご年齢	歳
ご住所	〒 —					
ご連絡先					介護認定	有 ・ 無
緊急連絡先	常時連絡の出来る方：			ご連絡先：		
保険証	後期高齢 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ()					
過去および現在のご病気	心臓[心筋梗塞・弁膜症・中隔欠損・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]・その他 ()					
感染症	有 ・ 無		肝炎[A型・B型・C型]・HIV・その他 []			
通院困難な理由	脳疾患[脳梗塞(右・左)・脳卒中・脳溢血]・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]・機能全廃[上肢・下肢]・筋委縮症・パーキンソン病 脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症・その他 ()					
お口の状態	痛み	有・無	入れ歯・自歯			
ご都合の悪い日	月	火	木	金	土	
時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	
理由						
備考欄及び主訴など						

ご依頼者名 又は担当 ケアマネジャー	事業所名 [] ご依頼者名 [] 病院・在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護 St・ケアハウス 有料老人ホーム・グループホーム・老人保健施設・サービス付き高齢者向け住宅・ 特別養護老人ホーム・その他 ()					
電話番号・FAX	TEL	—	—	/FAX	—	—

お手数ですが、上記項目にご記入のうえ、下記まで FAX にてご送信をお願い致します。

【FAX】 042-438-6481

— フォレストデンタルクリニック西東京 —

〒202-0012 東京都西東京市東町 3-1-13 1階

【TEL】 042-438-6480