

— 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	水	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	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 [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()]			ご依頼者名 []		
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】075-332-6481
— フォレストデンタル 京都洛西 —

〒610-1143 京都府京都市西京区大原野東境谷町2-5-8 ラクセーヌ専門店2階

【携帯TEL】070-3111-5569