

<< 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
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	<small>マンション・アパート・建物名</small>
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)
----	---------

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・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) ・ (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	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	貴事業所名() 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 047-711-7628

〒270-2253 千葉県松戸市日暮1丁目16-1 RG八柱ビル 3階

フリーダイヤル 0120-41-8305