

《古市場デンタルクリニック訪問歯科申込み票》

お申込み： 年 月 日 時

種別	口腔ケア ・ 治療		
ふりがな			性別
患者様氏名			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			
氏名		TEL (携帯)	

介護認定	有・無・申請中	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	
健康保険証	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ 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・中隔欠損・ペースメーカー使用) ・ 高血圧 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)・肝炎 (A型・B型・C型)・その他 ()			
通院困難な理由	脳疾患 (脳梗塞 左・右 ・ 脳卒中・脳溢血) ・ 骨折 (腰椎・大腿骨・膝関節) 関節リウマチ ・ 変形症 (腰椎・頸椎・膝関節) ・ パーキンソン病 (上肢・下肢) 機能全廃 ・ 筋萎縮症 ・ 脊椎損傷 ・ 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	
備考欄 (主訴)				

貴事業所名	
ご担当の居宅ケアマネージャー様氏名	
電話番号	
FAX 番号	

※ お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入いただき FAX にて送信をお願いいたします。
(病歴はお分かりになる範囲で結構です。)

古市場デンタルクリニック FAX 番号： 043 (261) 1540

〒261-0026 千葉県千葉市緑区古市場町 906-29
訪問歯科専用 TEL：070 (6994) 1540