

<< 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 ・ 嚥下検査
----	------------------

フリガナ		性別	男・女
患者様氏名			
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)

フリガナ		TEL(携帯)	
氏名			

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・クモ膜下出血) ・ 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	C肝 ・ B肝 ・ W ・ MRSA ・ その他感染症[])				
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	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 049-277-6192

〒 350-0042 埼玉県川越市中原町2-2-1 川越中原町ビル3階

電話番号 (0120)418-190 / 049-277-6191