

# 訪問診療お申し込みシート

お申込日 年 月 日

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	駐車場の有・無
ご依頼者様	
電話番号・FAX	Tel Fax
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 自立
お口の症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れる <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を調整したい <input type="checkbox"/> 歯石除去希望 <input type="checkbox"/> その他( )
既往歴	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 循環器(心・血圧) <input type="checkbox"/> 腎疾患(透析 有・無) <input type="checkbox"/> 糖尿病(インシュリン投与 有・無) <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他( )
訪問希望日・時間帯	
保険証	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他( )
備考欄	

訪問歯科診療や記入方法など、ご不明な点等がございましたら備考欄にお書き添え頂くか、お気軽にお電話にてお問い合わせください。なお、頂きました個人情報は、訪問歯科診療以外の用途に使用する事はございませんのでご安心ください。

三希子歯科

〒522-0054

滋賀県彦根市西今町 21 - 1

TEL 0749-26-5069

**FAX→ 0749-26-5069**