

医療法人社団慈淳会千葉歯科クリニック 一往診申込み票

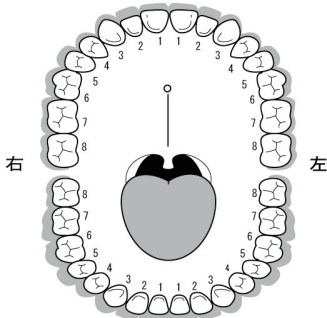
お申込み日 年 月 日 時

※お手数ですが、お分かりになる範囲で結構ですので下記項目にご記入の上FAXにて送信をお願い致します。

フリガナ 患者様氏名： 様		性別： 男 ・ 女
ご住所：		
お電話番号：	生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日	
保険証： 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害 ・ その他()		
介護保険： 有 ・ 無 【要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5】		
既往歴： <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()		

ご都合の悪い日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
理由	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (AM:PM) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (AM:PM) <input type="checkbox"/> その他
	()	()	()	()	()	()	()

お口の状況 と 主な訴え



義歯について

総入れ歯 (上 ・ 下)

部分入れ歯 (上 ・ 下)

※痛み(有 ・ 無)

主な訴えについて

虫歯がある 歯が痛む 歯が欠けた

歯が取れた 歯茎の腫れ・出血がある

歯がしみる 口の中を綺麗にしたい

入れ歯が壊れた 入れ歯が落ちる

入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい

その他()

備考

.....

.....

.....

.....

ご依頼者様名 (ご担当のケア マネージャー様)	事業所名：
	TEL: FAX:
	お名前： 様

お申込みはこちらまで



FAX: 03-5647-8911

TEL: 0120-684-777
東京都中央区日本橋本町2-4-12