≪ 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・頚椎・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　048-432－7246

〒 335-0021　埼玉県戸田市新曽1292-4

電話番号 (0120)41-8305　/　048-432-7245