

《 はしだ歯科医院 往診申込票 》

平成 年 月 日

種 別	無料歯科検診 ・ 治 療
-----	--------------

フリガナ						性 別	男 ・ 女		
患者様氏名									
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成					年	月	日	歳
住 所	(様方)								
電話番号	() -				介護認定	有 ・ 無			
保険証	老人 ・ 障害 ・ 生保 ・ その他()								
既往歴	心臓 (心筋梗塞・弁膜症・中隔欠損・ペースメーカー使用) ・ 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・脳溢血) ・ 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 ()								
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									
お口の症状	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自 歯					※痛み (有 ・ 無)			
備考欄 (主訴)									

ご紹介者名	事業所名 (様)
-------	-------------------

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いただき下記まで FAX にてご送信お願い致します。

医療法人社団 喜望会 はしだ歯科医院

〒332-0001 埼玉県川口市朝日2-6-12 エクレール朝日町1F

FAX 番号 048-226-4342

TEL 048-226-4343