

# 《 はしだ歯科医院 往診申込票 》

令和 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・令和		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**