

お申込日 年 月 日 時

岡田歯科 往診申込み票

フリガナ				性別	男・女	
患者様氏名						
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日	歳
住所						
電話番号						
依頼内容	無料検診 ・ 治療					
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()					

※病歴・ご都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です。

(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) 腎臓(透析 有・無) ・ 認知症(重度・軽度) ・ 肝臓(A型・B型・C型) ・ 高血圧 ・ 感染症(有く 症) ・ 無) ・ 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()					
現在の症状 ご要望など						
一週間のサービス・ ご予約のあるお時間	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)

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)

氏名			TEL(携帯)		
----	--	--	---------	--	--

御依頼者様名	貴事業所名			ご担当者名	
電話番号・FAX	TEL: - -		FAX: - -		



岡田歯科

FAX 03-5903-8233

〒177-0051 東京都練馬区関町北1-8-9

訪問歯科専用TEL 03-5903-8218