

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  |                       |      |                    |    |     |   |
| 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)<br>腎臓(透析 有・無)・認知症(重度・軽度)・肝臓(A型・B型・C型)・高血圧<br>・感染症(有( ) 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<br>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<br>脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症・その他( )   |     |     |     |     |     |
| 現在の症状<br>ご要望など             |  |     |     |     |     |     |
| 一週間のサービス・<br>ご予約のある<br>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