# ≪ 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<br>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<br>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<br>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　048-788-2062**

〒 330-0802　埼玉県さいたま市大宮区宮町4-150 カネゲンビル1階

**電話番号　0120-200-302　／　048-788-2222**