≪ 桜会病院歯科室 往診申込み票 ≫

お申し込み日　　年　　月　　日　　時

種　別	無料検診　　・　　治療

患者様氏名			性別	男　・　女	
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日　　歳				
住所	〒				
電話番号			介護認定	有　・　無	
緊急連絡先	常時連絡のできる方の氏名：　　（続柄）		電話番号： 携帯番号：		
保険証	後期高齢者　・　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） 腎臓（透析 有・無）・認知症（重度・軽度）・肝臓（Ａ型・Ｂ型・Ｃ型）・その他（　　）				
感染症	有　・　無	有のとき(病名　　)			
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・頚椎・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（　　）				
口の状態	総入れ歯　・　部分入れ歯　・　自歯		痛　み	有　・　無	
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）						
依頼者名又は担当ケアマネージャー	事業所名（　　）紹介者名（　　様） 在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護Ｓｔ・病院					
電話番号･FAX	ＴＥＬ　　－　　－　　ＦＡＸ　　－　　－					

お手数ですが上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにて御送信お願いいたします。
（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　　０３－３８８１－２７７４

〒１２０－００４５　東京都足立区千住桜木２－１１－８
桜会病院歯科室
電話番号　　０３－３８８２－２８５５