

<<桜会病院歯科室 往診申込み票>>

お申し込み日 年 月 日 時

フリガナ 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	〒			同居のご家族	有 ・ 独居	
自宅の電話番号						
※連絡先	お名前：	続柄：	電話番号又は 携帯番号			
※常時予約の連絡を取れる方をご記入ください(自宅の電話番号と同じ場合は同上とお書きください)						
保険証	後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ()		介護認定	有 ・ 無		
既往歴	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・中等度・軽度) 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 変形症 (腰椎・頸椎・膝関節) ・ 筋萎縮症 ・ パーキンソン病 麻痺 (上肢 ・ 下肢 ・ 右側 ・ 左側) 脊髄損傷・悪性腫瘍後遺症・ その他 ()					
その他に通院困難な理由がありましたら記入ください						
感染症	C型肝炎 ・ B型肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA (その他)					
痛み	有 ・ 無		口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯		
都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
都合の悪い時間帯	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						
主訴						
備考						
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 S t ・ 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2-13-1
桜会病院歯科室

電話番号 03-3882-2855