

# << 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          |  |        |
| フリガナ<br>患者様氏名 |                    |  | 性別 男・女 |
| 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<br>氏名        |                                                                                                                                 |                                | TEL(携帯) |                    |       |       |
| 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)<br>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・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( ) |                                |         |                    |       |       |
| 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( )           |  | フリガナ<br>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 024-953-6553**

〒 963-8877 福島県郡山市堂前町31-8 スクエアビル3F

電話番号 (0120)418-557 / 024-953-6552