

《 ひまわり歯科 往診申込票 》

平成 年 月 日

種 別	無料歯科検診 ・ 治 療
-----	--------------

フリガナ						性 別	男 ・ 女		
患者様氏名									
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成					年	月	日	歳
住 所	(様方)								
電話番号	() -				介護認定	有 ・ 無			
保険証	老人 ・ 障害 ・ 生保 ・ その他 ()								
既往歴	心臓 (心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 中隔欠損 ・ 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 ()								
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 ・ 頸椎 ・ 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 ()								
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									
お口の症状	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自 歯					※痛み (有 ・ 無)			
備考欄 (主訴)									

ご紹介者名	事業所名 (様)
-------	-------------------

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いただき下記まで FAX にてご送信お願い致します。

ひまわり歯科

〒252-0231 神奈川県相模原市中央区相模原5-5-1-1F

FAX 番号 **042-756-4334**

TEL **0120-41-8255**