

今井歯科往診申込書

お申し込みはFAXで fax：011-386-9689

依頼先**今井歯科** 電話番号：011-386-9689 携帯番号：080-5726-1444

申込日 年 月 日

<該当するものに○で囲んでください>

患者様氏名	フリガナ	男	生年月日	年齢	備考
	⑩	・	明・大・昭・平	歳	
		女	年 月 日		
住所	1：病院 2：自宅				
依頼内容	1：治療 2：検診 を希望します。				
依頼確認	1：本人 2：家族・身元保証人（続柄： ）				
往診希望日	1：次回 2：至急 月 日（ ）				
主訴	（気になっているお口の中の症状） ※痛み（有 無）				
既往症	・心臓（心筋梗塞/弁膜症/ペースメーカー）・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（				
通院困難な事情	1：入院（病院施設名/症状等） 2：感染症 有（ ） 無 3：その他（				
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他（				
口内状態	・総入れ歯 ・上義歯（有 無 不明）・下義歯（有 無 不明）				
保険証の種類	・介護度（ ）・国保・社保・高齢者（前期/後期）・生保・障害・その他（				