

<< ラビット歯科往診申込み票 >>

お申込日 年 月 日

ご依頼内容	無料検診 ・ 治療 ・ 嚥下検査		
主 訴 (申込み理由)			
お口の状態	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯	お痛み	有 ・ 無

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			
訪問先 ご住所	マンション・アパート・建物名			
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）

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（ ）		
現在及び 過去の病気	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・腎臓(透析 有・無) ・ 認知症(重度・軽度) ・ 肝臓(A型・B型・C型) 脳疾患(脳梗塞(右・左)・脳出血・くも膜下出血)・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)・(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()		
感染症	無 ・ 有 → (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ・ HIV ・ 他 :		

ご都合の 悪い曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	
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							

ご依頼者名	貴事業所名 () ご担当者名 () 様	
TEL/FAX	TEL : () - FAX : () -	

※患者様のご了承を得られた後に上記にご記入の上FAXにてご送信お願い致します。

FAX番号 047-712-5596

〒 272-0032 市川市市川1-11-8ルミノッソ市川4階

フリーダイヤル 0120-105-115