

歯科往診申込書【FAX:053-448-1194】

お分かりになるところをあらかじめご記入いただきますと、診療をスムーズに行うことができます
 診療時には健康保険証・介護保険被保険者証をご準備ください。

ご記入日 年 月 日 3

| | | | | | | |
|----------------------------|---|------|---------|------------|-----|---|
| フリガナ お名前 | (男・女) | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| お伺い先 | 〒 ー | | | | | |
| 自宅・入所先 | 施設名 () | | | 駐車スペース | 有・無 | |
| 患者さんの 一番の訴え | | | | | | |
| 歯科医院に 通院できない 理由となる病気 | 脳血管障害(脳梗塞・脳出血・他)・麻痺(右・左・他)・糖尿病・心筋梗塞 高血圧・感染症(C肝/B肝/梅毒/HIV/MRSA)・関節症、リウマチ等・透析 骨折の経験あり・骨粗しょう症・パーキンソン病・その他() | | | | | |
| 服用中の薬 | なし・あり ←診療時にお薬手帳など薬の種類のわかるものをご準備ください | | | | | |
| 患者さんの状態 | 寝たきり・寝たきりおきたり・移動できる(介助して・自力で)・その他() | | | | | |
| 歩行 | 歩行不可能・歩行困難(介助・車椅子)・自力歩行 | | | 認知症 | 有・無 | |
| 食事 | 普通食・キザミ食・流動食・経管栄養 | | ぶくぶくうがい | 可能・要注意・不可能 | | |
| 介護度 | 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 | | | | | |
| 健康保険証 | 国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者 | | | | | |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|------|-----|
| 治療内容について ご相談させて いただくご家族 | フリガナ お名前 | (続柄) | 電話: |
| | 住所 | 〒 ー | |
| 医科主治医 | 医院名 | 電話: | |
| | フリガナ お名前 | FAX: | |
| 担当ケアマネ ジャー | 事業所名 | 電話: | |
| | フリガナ お名前 | FAX: | |
| 訪問立会予定者 | ご家族(続柄) その他介護者() | | |
| ご連絡事項 (ご希望など) | | | |

●往診について鈴木歯科医院より連絡させていただく場合の連絡先

| | |
|------------------|------|
| フリガナ お名前 | 電話: |
| ご家族・施設()・その他() | FAX: |
| ご連絡希望時間帯 | |

ご記入ありがとうございます。ご提供頂いた情報は、当院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、
 厳密に保管管理致します。

医療法人社団 英仁会 鈴木歯科医院
 〒432-8051 浜松市南区若林町1214
 問い合わせTEL:080-2658-2194