

# ～訪問診療ご紹介シート～

口内のお悩みをお持ちの方が身近にいらっしゃいましたら、本ご紹介シートにご記入の上、  
当院までFAXくださいませ。

お申し込み日 年 月 日

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						介護認定	有・無
家族構成						主介護者	
保険証	老人・生保・障害・その他( )						
感染症の有無	有・無 病名( )						
ご病気 (既往歴含む)	心臓(心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用)、 脳疾患(脳梗塞<右・左>・脳卒中・脳溢血)、骨折(腰椎・大腿骨・膝関節) 脊髄損傷、パーキンソン病、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)、関節リウマチ その他( ) <b>通院困難な事由 【 】</b>						
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							
お口の状態	総入れ歯・部分入れ歯・自歯			痛み		有・無	
ご依頼者名				事業所名			
電話番号・FAX	TEL	-	-	FAX	-	-	
主訴 (備考欄)							

訪問歯科診療や記入方法など、ご不明な点等がございましたら備考欄にお書き添え頂くか、  
お気軽にお電話にてお問合せ下さい。なお、頂きました個人情報、訪問診療以外の用途に  
使用する事はございませんのでご安心下さい。

医療法人 優誠会 みささぎ歯科クリニック

京都市山科区御陵進藤町8-1 シャト-カズキ1F

TEL 075-582-3167

FAX ▽ 075-632-8291 ▽