

～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() 通院困難な事由 【 】						
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 ▽