

[お申し込み用紙]

カルテ No.

無料歯科検診・初診

※下記該当する箇所を丸で囲んでください。

記入日 令和 年 月 日 (対応者)

【本人情報】

ふりがな 名前			男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日 (歳)	
住所 (施設名)	〒			駐車場	あり・路駐・なし ()		
電話番号	自宅		医療負担割合	1・2・3	公費	生活保護・福・障など ()	
	携帯		介護負担割合	1・2・3	要介護度	支1・支2・介1・介2 介3・介4・介5()	
既往歴	認知症・脳梗塞後遺症・骨粗鬆症・パーキンソン病・高齢による筋力低下・足腰が不自由・高血圧・虚血性不整脈・心不全・脳血管・糖尿病・喘息・慢性気管・甲状腺機能障害・甲状腺機能こう進・てんかん・慢性腎臓その他()						
感染症	なし・HBs・HCV・梅毒・MRSA・その他()						
内科主治医	病院名() 医師名()						
訪問可能 曜日に ○×を ご記入 下さい	日	月	火	水	木	金	土
	AM						
PM							

【周辺情報】

ご依頼者	本人・親族・ケアマネ・施設スタッフ・その他()	
------	--------------------------	--

ご家族・親族	ふりがな 名前		続柄		同居・別居
電話番号	自宅		携帯		
住所(書類送付先)					

【ケアマネージャー情報】

ふりがな 名前		TEL	
事業所名		FAX	

■ 今回はどうされましたか？

1)歯が痛い	2)グラグラ	3)歯ぐきが腫れた・痛い	4)つめもの・かぶせものが取れた
5)口の中にできものがある	6)入れ歯の調子が悪い	7)入れ歯を作りたい	8)歯が抜けた
9)口腔ケアをして欲しい	10)その他()		
(メモ欄)			

■ 何で知りましたか？

HP・口コミ・院内パンフレット・スタッフから・ポスターを見て・他患者もさくら会に依頼しているため
その他()

TEL:03-6404-8306 FAX:03-6404-8307

◆医療法人さくら会 関東 訪問歯科診療部 2024.08.27 現在 東京用