

歯科・往診申込書

申込日 H

蓮優会FAX 042 - 705 - 6641

※太枠内は必ずご記入ください。なお、記載の個人情報は往診の目的以外に利用しません。

(ふりがな)	
患者様氏名	生年月日(M・T・S) 年 月 日
ご住所	
(施設名・部屋番号)	TEL
ご家族・後見人	名前 TEL ご関係()
	〒()住所
往診時連絡先(在宅)	名前 TEL ご関係()
居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー TEL
	住所 事業所名
往診希望日	(在宅用) 月・火・水・木・金 ※複数回答ください
	(施設用) <input type="checkbox"/> 緊急対応希望 <input type="checkbox"/> 次回往診時希望
医療保険の種類	国保・社保・生保・後期高齢者医療被保険者証・(障)医療証(有 無)・その他
介護認定状況	自立 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中
お口の症状	
体の病気の経歴 (病名 症状など)	肺炎(誤嚥性肺炎など) 結核 喘息 糖尿病 高血圧症 心疾患
	肝炎(B型肝炎 C型肝炎 慢性肝炎) 脳血管の疾患(内出血・脳梗塞) 慢性腎炎
	骨粗鬆症 身体の震顫 嘔吐反射 その他()
日常の生活動作 生活状況	1. 寝たきり 5. 大声でないと聞こえない
	2. 移動(車椅子・歩行介助器・杖・要見守り) 6. 視力に障害がある
	3. 加齢による筋力低下 7. 認知症(意思の疎通困難・情緒不安定)
	4. (右・左)に半身麻痺がある 8. 医療器具を装着()
かかりつけ医	担当医 病院名 TEL
服用中の薬名	
アレルギー反応	1. ない 2. ある(麻酔薬 抗生物質 ピリン剤 消毒薬 その他)
ご希望記入欄	

医療法人社団 蓮優会

Tel 0120 - 648 - 156

(<http://www.s-dentalcare.com/>)