

検診及び診療申込表

わかる範囲でご記入ください

お申込日 年 月 日
お申込み者()

ふりがな	性別	男	・	女
お名前	生年月日	年	月	日 (歳)
訪問先 住所	TEL			
施設名	担当者			
緊急連絡先				
お名前	続柄			
ケアマネージャー	事業所名			
お名前	CM	TEL		

担当医	病院名
氏名 Dr.	診療科
	TEL

現在の状況		希望スケジュール	
主訴		午前	午後
痛み	あり(歯 ・ 歯肉) ・ なし	月	
義歯	あり ・ なし	火	
食事	普通 ・ きざみ ・ いろいろ	水	
うがい	できる ・ できない	木	
感染症	あり() ・ なし	金	
介護認定	要支援 1 ・ 2	土	
	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	常用薬	
既往歴			
保険	国保 ・ 社保	備考	
	老人保健 (前期 ・ 後期)		
	介護保険 (あり ・ なし)		
	障害者保健 (あり ・ なし)		
	その他 ()		

川平デンタルクリニック 訪問診療部

TEL 045-771-9993

FAX 045-771-8050