≪ ラビット歯科往診申込み票 ≫

お申込日　　年　　月　　日

ご依頼内容	無料検診　・　治　療　・　嚥下検査		
主　訴 (申込み理由)			
お口の状態	総入れ歯　・　部分入れ歯　・　自歯	お痛み	有　・　無

フリガナ		性 別	男・女
患者様氏名			
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日		
訪問先 ご住所	マンション・アパート・建物名		
電話番号	（　　）　　ー		

※↓日程調整などのご連絡をさせていただける方（ご本人様 ・ ご家族様 ・ 後見人様 ・ ケアマネージャー様）

氏　名	TEL（携帯）	（　　）　　ー

介護認定	有　・　無　・　申請中	要介護度	要支援（１・２）１・２・３・４・５
保険証	国保　・　社保　・　後期　・　生保　・　障害　・　その他（　　）		
現在及び 過去の病気	心臓(心筋梗塞・弁膜症・中核欠損・ペースメーカー使用）・糖尿（インシュリン投与　有・無） 高血圧・腎臓（透析　有・無）　・　認知症（重度・軽度）　・　肝臓（A型・B型・C型） 脳疾患（脳梗塞（右・左）・脳出血・くも膜下出血）・骨折（腰椎・大腿骨・膝関節）・関節リュウマチ 変形症（腰椎・頚椎・膝関節）・（上肢・下肢）機能全廃・筋萎縮症・パーキンソン病 背髄損傷　・　悪性腫瘍後遺症　・　その他（　　）		
感染症	無　・　有　→　（B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ・ HIV ・ 他：		

ご都合の 悪い曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
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	午前・午後
理　由							
備考欄							

ご依頼者名	貴事業所名(　　)ご担当者名(　　)様
TEL/FAX	TEL：（　　）　　ー　　FAX：（　　）　　ー

※患者様のご了承を得られた後に上記にご記入の上ＦＡＸにてご送信お願い致します。

FAX番号　０４８－９５４－４１９９

〒 340-0034　埼玉県草加市氷川町２１２６－６　フナトビル4F

フリーダイヤル　０１２０－３７－１１８４