

新規患者様相談シート

お申込みはFAXで ☎0568-37-1428

患者様情報

カナ		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男・女	大・昭・平 年 月 日	歳
住所	〒	市区町村		
TEL	①	②		

ご依頼内容	治療・無料歯科検診 を希望します。			
保険証の種類	国保/社保(本人)/前期高齢/後期高齢/生保	同伴者	家族/キーパーソン/その他()/無	
介護認定	要支援・要介護:(1/2/3/4/5)	障がい者手帳	身体・知的・精神()級	
相談者	様	TEL		

お身体の状態

認知症	重・中・軽()	麻痺	右・左()
歩行	寝たきり・ほとんど寝たきり・車いす・介助・自立		
病気の経歴	<input type="checkbox"/> 脳疾患 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)		
	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (心筋梗塞・狭心症・心不全・ペースメーカー使用)		
	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患 (腎不全・腎臓透析あり)		
	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 (肝硬変・肝炎__型)		
	<input type="checkbox"/> 変形症 (腰椎・頸椎・膝関節・小脳脊髄)		
	<input type="checkbox"/> アレルギー 無・有()		
	<input type="checkbox"/> 感染症 無・有()		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

相談内容

入れ歯	上・下() 痛み(強・中・弱・無)
歯	上・下・左・右() 痛み(強・中・弱・無)
その他	口腔ケア()

訪問希望日時

第1希望	月 日 時頃	第2希望	月 日 時頃
特記事項			

担当ケアマネージャー情報

事業者名		担当者	様
住所	〒	TEL	
		FAX	

医療法人参方善さくら会
訪問診療部(分院ありす歯科内)

お電話でのお問合せ

☎0568-37-1418