

# 《奥原歯科往診申し込み票》NO.1

お申し込み日 年 月 日

NO	K-11-	性別 男 ・ 女
フリガナ		
患者様氏名		様 歳

お手数ですが【NO.1・NO.2】にご記入のうえ、  
必ず2枚一組で下記までFAXにて御送信お願い致します。

医療法人社団 光志会 奥原歯科医院

〒359-1141 所沢市小手指町1-30-10 奥原ビル

**申し込み FAX 専用番号 04-2921-7727**

電話番号 0120-54-7477(訪問専用フリーダイヤル)

# 《奥原歯科往診申し込み票》NO.2

太線枠内項目のみご記入下さい

NO	K-11-	お申し込み日	年	月	日
					歳

生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
ご住所				
電話番号				
保険の種類	国保・社保・生保・後期高齢・高齢受給者・重度心身障害・原爆・福(41)・退職者			
要介護認定	支(1・2)・1・2・3・4・5・自立・申請中( 年 月 日 申請)			
お口の症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を調整したい(上・下) <input type="checkbox"/> 歯や口の中を掃除したい <input type="checkbox"/> その他( )			
既往歴	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> (誤嚥性)肺炎 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 循環器(心・血圧) <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> その他( )			
備考欄				

御依頼者名			
ご紹介施設			
御住所			
電話番号		FAX番号	
御連絡先希望	患者様宅へ御連絡・御依頼者様へ御連絡		

決定日	月	日	( ) AM/PM	:	( )	号車	担当(Dr.	( )
患者様へのご連絡	家族・本人・その他( )様へ 連絡(未・済)							
	連絡者( ) 連絡日時 月 日( )AM/PM :							

必ず2枚一組で下記までFAXにて御送信お願い致します。

申し込み FAX 専用番号 04-2921-7727

電話番号 0120-54-7477(訪問専用フリーダイヤル)