

# <<奥原歯科往診申し込み票>>

太線枠内項目のみご記入下さい

お申し込み日 年 月 日

ふりがな	
患者様氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
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"/> 入れ歯を入れたい <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)疾患 <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"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> ALS <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	
ご紹介施設名	
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 :

申し込み FAX専用番号 04-2921-7727

TEL:0120-54-7477