

# 《 ひまわり歯科 往診申込票 》

平成 年 月 日

種 別	無料歯科検診 ・ 治 療
-----	--------------

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	歳
住 所	( 様方 )								
電話番号	( ) -				介護認定	有 ・ 無			
保険証	老人 ・ 障害 ・ 生保 ・ その他 ( )								
既往歴	心臓 ( 心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 中隔欠損 ・ ペースメーカー使用 ) ・ 糖尿 ( インシュリン投与 有 ・ 無 ) 腎臓 ( 透析 有 ・ 無 ) ・ 認知症 ( 重度 ・ 軽度 ) ・ 肝臓 ( A型 ・ B型 ・ C型 ) その他 ( )								
通院困難な理由	脳疾患 ( 脳梗塞 ( 右 ・ 左 ) ・ 脳卒中 ・ 脳溢血 ) ・ 骨折 ( 腰椎 ・ 大腿骨 ・ 膝関節 ) ・ 関節リュウマチ 変形症 ( 腰椎 ・ 頸椎 ・ 膝関節 ) ・ ( 上肢 ・ 下肢 ) 機能全廃 ・ 筋萎縮症 ・ パーキンソン病 脊髄損傷 ・ 悪性腫瘍後遺症 ・ その他 ( )								
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日			
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			
理 由									
お口の症状	総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自 歯					※痛み ( 有 ・ 無 )			
備考欄 (主訴)									

ご紹介者名	事業所名  ( 様 )
-------	-------------------

お手数ですが患者様のご了承を得られた上で、  
上記項目にご記入のいただき下記までFAXにてご送信お願い致します。

ひまわり歯科

〒270-2253 神奈川県川崎市多摩区登戸2061-1 向ヶ丘パーク・ホームズステーションフロント102号室

FAX 番号 **044-299-6613**

TEL **0120-41-8255**