

# カノン訪問歯科 診療・口腔ケア申込書

お申し込みは FAX または郵送でお願いします

**FAX 03-6691-0092**

〒110-0008

台東区池之端 4-3-10 ミドリビル 1F

申込日 西暦

年 月 日

\*わかる範囲でご記入ください

お申込者様		担当ケアマネージャーさん	
続柄		事業所名	
TEL			

(ふりがな) 患者様氏名	様 (男・女)						
生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日生 ( 歳)			
ご住所	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> ご家族と同居) <input type="checkbox"/> 施設 (名称: _____ ) 表札名 ( _____ ) 駐車スペース <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
TEL/FAX							
主訴	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 痛み (歯・歯茎・舌) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 歯の揺れ <input type="checkbox"/> 被せもの・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯新製希望 <input type="checkbox"/> 嚥下リハビリ <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他 いつ頃から、どのあたりが、ご要望など具体的に						
病歴	現在の病名 ( _____ ) *感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 肝炎 (A・B・C)、他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> アレルギー: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____						
保険証種類	<input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 生保						
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)						
日常状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 自立移動可能 <input type="checkbox"/> 移動に介助必要						
かかりつけ 医院	<input type="checkbox"/> あり 医院名: _____ <input type="checkbox"/> なし 担当医: _____						
連絡事項	(診療の際の留意点、ご希望などお書き添えください)						
都合の悪い 曜日・時間	都合悪いに <input checked="" type="checkbox"/>	月	火	水	木	金	【その他】
	10時~12時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			←(こちらにチェックのあるお時間帯は外して調整致します)
	12時~15時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	15時~17時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\* 申込書到着後、こちらからご連絡し初回日時を決定致します。

\* ご提供頂いた情報は歯科診療のみを目的として使用します。

気になる方はお名前を抜いてご送信ください。

**カノン訪問歯科**

TEL 070-4130-1499