

八幡山ステーション歯科 訪問歯科 申込書

* 患者様のご了解を得た上でわかる範囲でご記入頂きFAX送信してください								記入日		年	月	日
ふりがな						性別	生年月日					
患者様氏名						男・女	年 月 日 (歳)					
住所												
電話番号												
* 日程調整、ご説明等ご連絡先												
	第一連絡先	氏名				続柄	ご連絡先					
	第二連絡先	氏名				続柄	ご連絡先					
ご請求先住所												
ご請求先名												
サービス等 1週間の内容	月	火	水	木	金	土	日					
介護度	無・申請中（要支援 1・2）1・2・3・4・5						負担割合					
保険証	国保・社保・後期・障害・その他（ ）						負担割合					
通院困難理由	骨折（腰椎・大腿骨・膝骨折）・関節リウマチ変形性（腰椎・頸椎・膝関節）・（上肢・下肢）機能全廃・ 脳疾患（脳梗塞（右・左）・脳溢血・脳卒中）・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（ ）											
過去および 現在のご病気	認知症（重度・軽度）・高血圧・糖尿（インシュリン投与 有・無）・腎臓（透析 有・無）・ 心臓（心筋梗塞・狭心症・弁膜症・ペースメーカー使用）・肝臓・ぜんそく・ その他（ ）難病（病名 ）											
感染症	有り（ ）・無・不明					義歯	有（総入れ歯・部分入れ歯）・無					
現在飲まれているお薬												
主訴（治療 して欲しい事、 症状、その他 注意事項など 具体的にお願い いたします）												
事業所名						ご担当者様						
TEL					FAX							

八幡山ステーション歯科

〒1680074 杉並区上高井戸1-1-11 京王リトナード八幡山1階

TEL:03-6379-7550 FAX：03-6379-7551