

—— 在宅無料検診 申込票 ——

お申込み日 平成 年 月 日

|                 |  |       |       |       |       |       |     |
|-----------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| ふりがな            |  |       |       |       |       | 性別    | 男・女 |
| 患者様氏名           |  |       |       |       |       |       |     |
| 生年月日            | 明治・大正・昭和   | 年     | 月     | 日生    | ご年齢   | 歳     |     |
| ご住所             | 〒 -  |       |       |       |       |       |     |
| 電話番号            | ( 続柄 )   |       |       |       | 介護保険  | 有・無   |     |
| 保険証             | 後期高齢 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ( )   |       |       |       |       |       |     |
| 過去および<br>現在のご病気 | 心臓[心筋梗塞・ペースメーカー使用]・糖尿[インシュリン投与 有・無]・脳疾患<br>腎臓[透析 有・無]・認知症[重度・軽度]・肝炎[A型・B型・C型]・その他[ ] |       |       |       |       |       |     |
| 通院困難な理由         | 脳疾患・骨折・関節リュウマチ・変形症・老衰・パーキンソン病・悪性腫瘍<br>その他 ( )  |       |       |       |       |       |     |
| お口の症状           | 歯  | 有り・無し |       |       | 入れ歯   | 有り・無し |     |
| ご都合の悪い日         | 月  | 火     | 水     | 木     | 金     | 土     |     |
| 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 |     |
| 備考              |  |       |       |       |       |       |     |

|          |                  |
|----------|------------------|
| ご依頼者名    | 事業所名 [ ]         |
|          | 紹介者名 [ ]         |
| 電話番号・FAX | TEL - - /FAX - - |

在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護 St・病院

お手数ですが、上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信をお願い致します。

**【FAX】 03-3703-8851**

— 伊東歯科医院 —

〒158-0086 東京都世田谷区尾山台3-34-8 2階

【TEL】 03-3703-8809