

医療法人祥義会 訪問歯科診療申込書

TEL : 080-8202-6440 FAX : 024-572-7764

お申込（ご記入）日 令和 年 月 日

フリガナ					性別	男 ・ 女	
患者様氏名	様						
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 （ 歳 ）						
訪問先	☐ 自宅 ☐ 病院・施設等 （ ）				駐車スペース：有 ・ 無		
	住所	〒 -					
	TEL	（ ）					
キーパーソン	氏名	様	ご関係				
ご依頼者様情報	事業所名				TEL	（ ）	
	氏名	様	職種・ご本人様との関係				
主訴 ※詳細にご記入ください							
既往歴・現病歴	循環器 ☐ 高血圧 ☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 心不全 ☐ ペースメーカー 神経・筋 ☐ パーキンソン ☐ 多系統萎縮症 ☐ 進行性核上性麻痺 ☐ 脊髄小脳変性症 ☐ ALS 脳血管 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ クモ膜下出血 麻痺（無・有：右 / 左 / 上肢 / 下肢） 呼吸器 ☐ 喘息 ☐ 肺気腫 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 呼吸不全 ☐ COPD ☐ 間質性肺炎 ☐ 誤嚥性肺炎 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工呼吸器使用 ☐ 肺結核 内分泌・代謝 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 甲状腺機能低下症・亢進症 腎臓・肝臓 ☐ 人工透析 ☐ 慢性腎不全 ☐ 肝炎（B・C / 急性・慢性） ☐ 肝硬変 膠原病 ☐ 関節リウマチ ☐ シェーグレン症候群 ☐ 悪性腫瘍 （ ） 整形 ☐ 圧迫骨折（脊椎・腰椎） ☐ 脊柱管狭窄症 ☐ 変形性（頸椎・腰椎・脊椎・膝関節）症 認知症 ☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型 先天性疾患 ☐ 脳性麻痺 ☐ 知的障害 ☐ ダウン症 ☐ その他 （ ）						
感染症	無 ・ 有（C肝・B肝・梅毒・MRSA・HIV・その他（ ））						
都合の悪い日時 ※ 往診・デイサービス・リハビリなど分かる範囲でご記入ください	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日		
	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM		
ケアマネジャー	事業所名				フリガナ		
	TEL	（ ）			氏名	様	

※日程調整などのご連絡先： ご本人様 ・ ご家族様 ・ ケアマネジャー様 ・ その他（ ）

1. FAX送信後は、お手数ですがお電話にてご連絡をお願いいたします。
2. お電話での対応は、祝日を除く月曜日～金曜日の9:00～17:45に行っております。
3. 記入内容について確認が必要な場合は、当院よりご連絡させていただくことがございます。
4. 日程調整後、あらためてお電話にてご予約日時をご案内いたします。