

リンク歯科クリニック往診申し込み票

太線枠内項目のみご記入ください。

No		お申込日	年	月	日
力	ナ				性別
患者氏名					男・女
					様

生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (満	歳)
ご住所					
お電話番号	() -				
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重度心身障害 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 福(41) <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
要介護認定	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 自立 申請中(年 月 日申請)				
お口の症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を調整したい(上・下) <input type="checkbox"/> 歯や口の中を掃除したい <input type="checkbox"/> その他 ()				
既往歴	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> (誤嚥性)肺炎 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 循環器(心・血圧) <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
備考欄					

ご依頼者様					
ご紹介施設					
ご住所					
TEL	() -				
FAX	() -				
ご連絡先希望	<input type="checkbox"/> 患者様宅へご連絡 <input type="checkbox"/> ご依頼者様へご連絡				

決定日	月 日 () AM/PM : ()号車 担当(Dr.)				
患者様へのご連絡	家族・本人・その他()様へ 連絡(未・済)				
	連絡者() 連絡日時 月 日 () AM/PM :				

下記までFAXにて御送信お願いいたします。

FAX→ 04-2941-5884

医療法人埼玉リンク会 リンク歯科クリニック

〒350-1331 埼玉県狭山市新狭山3-9-3-1F

☎ 04-2941-5883

URL: <http://link-dental.jp/>