

申込日 年 月 日

受付者：

予約受付表

新患・来院者 (ID)

ふりがな		性別	住所 〒
名前		男・女	
申込者		関係：	電話番号
連絡先		関係：	電話番号
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		
訪問先住所	同上 ・ 〒		

保険証の種類	国保 ・ 社保	後期高齢者 (1割・2割・3割) ・ 生保 ・ 障害 ・ 助成
要介護認定	非該当 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5	
担当ケアマネ		電話番号
事業所名		FAX 番号
主治医(病院名)		電話番号

通院困難理由			
既往歴等	脳梗塞 ・ 心臓疾患 ・ パーキンソン ・ 認知症 ・ 高血圧 ・ 骨粗鬆症 ・ リウマチ ・ その他()		
感染症の有無	有 ・ 無	肝炎 (B型・C型) ・ HIV ・ 結核 ・ その他()	
服用中の薬			

希望内容			
お口の状況	痛み ・ 歯 ・ 歯肉 (あり・なし)	入れ歯	上 (あり・なし) 下 (あり・なし)
うがい状況	できる ・ できない	はきだし	できる ・ できない
食事状況	普通食 ・ きざみ ・ 経管栄養	座位	可 (分位) ・ 不可

備考 (デイサービス 訪問看護 入浴・往診 など)	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							

希望日	
駐車スペース	あり ・ なし

あおぞら歯科クリニック

TEL 047-411-8055