

【もぐもぐクリニック 歯科 往診申込票】

ご記入日： 年 月 日

ご希望内容	無料検診 ・ 一般歯科治療 ・ 嚥下治療
-------	----------------------

mo9²clinic

(ふりがな) 受診者ご氏名			性別	男 ・ 女			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳		
ご住所	〒 - -						
電話番号	- -						
※ 日程調整等のご連絡先 (ご本人様 ・ ご家族様 ・ 後見人様 ・ ケアマネージャー様)							
連絡者ご氏名			TEL(携帯)				
介護保険認定	有・無・申請中		要介護度	要支援 (1・2) 1・2・3・4・5			
医療保険種類	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ()						
通院困難理由 (病歴)	高血圧症・心臓疾患(狭心症・心筋梗塞・心不全)・脳血管障害(脳出血・脳梗塞) 認知症(アルツハイマー型・レビー小体型・脳血管性・前頭側頭型) 骨折(大腿骨・脊椎)・関節リウマチ・変形症(腰椎・頸椎・膝関節)・脊柱管狭窄症 廃用症候群・パーキンソン病・腎臓病・糖尿病・悪性腫瘍後遺症 その他:						
感染症	有 ・ 無		病名:				
主 訴	嚥下障害(むせが気になる・飲込みが悪い・食事量が減った・誤嚥性肺炎の既往あり) 歯が痛い・歯肉が痛い・入れ歯が合わない・詰め物が取れた・口腔ケア希望 その他:						
お口の状態	自歯・部分入れ歯・総入れ歯		現在の食形態				
都合の悪い日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
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	午前・午後
理由							
ご依頼者名	事業所名() 紹介者名()様 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護 St・訪問介護・病院						
電話番号・FAX	TEL: - -		FAX: - -				
(備考欄)							

※ 受診者様の了承を得られた上で上記項目にご記入後、下記まで FAX でご送信お願い致します。

(病歴・都合の悪い日はお分かりになる範囲で結構です)

FAX 番号 0 4 2 - 4 0 7 - 8 0 8 3

〒183-0004 東京都府中市紅葉丘1-37-7 / TEL: 042-407-6259