

# 【もぐもぐクリニック 受診申込票】

ご記入日： 年 月 日

ご希望内容	嚥下機能検査・嚥下治療・それ以外（一般歯科治療・口腔ケア）
-------	-------------------------------

mo9<sup>2</sup>clinic

(ふりがな) 受診者ご氏名			性別	男・女			
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	歳	
ご住所	〒 -						
電話番号	- -						
※ 日程調整等のご連絡先（ご本人・ご家族・ケアマネージャー・その他：）							
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・難病・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・脳血管性・レビー小体型・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（） 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護 St・病院・診療所・その他						
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