

施設用

- 無料歯科検診
- 歯科診療
- 嚙下内視鏡検査

依頼票

ご紹介元	事業所名			
	所在地			
	TEL		ご担当者名	
	FAX			

(フリガナ) ご希望者様名		性別	階 号室	
		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)			
ご家族様名		続柄		
ご家族様住所	〒			
ご家族様連絡先				
医療保険種類	社保本人・社保家族・国保・後期高齢・障害者手帳(重心)・生活保護・その他			
要介護度	非該当・申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
既往歴	脳梗塞・脳出血・心臓病・腎臓病・肝臓病・認知症・パーキンソン病・糖尿病 高血圧・その他()			
感染症	なし ・ あり (HAV・HBV・HCV・HIV・MRSA・TP・TB・その他)			
主訴	義歯(調整・修理・新製・その他())			
	虫歯 (症状:)			
	歯周病 (症状:)			
	口腔ケア・口腔リハビリテーション			
	嚙下: ムセあり・食形態確認・経口の可能性の確認・とろみの確認 ()			

特記事項	-----

↓↓↓お申し込みはFAXにて承ります↓↓↓

048-871-0801

医療法人社団善歯会 (株)ラムザ歯科サポート
電話 : 048-871-0800