

往診受付

ふりがな		受付日	年 月 日
受診者氏名		年齢 歳	男 ・ 女
電話		生年月日	M・T・S 年 月 日
住所	(〒 -)		
連絡先氏名		連絡先 電話	- -
		携帯	- -
連絡先住所	(〒 -)		
都合の悪い日を 記入してください	月(午前/午後) 火(午前/午後) 水(午前/午後) 木(午前/午後) 金(午前/午後) 土(午前/午後)		
主訴	歯痛・腫れている・義歯不調 ----- -----		
通院が困難な 病名と状態	認知症・脳梗塞後遺症 ----- 単独歩行困難など		
意思の疎通	可能	やや可能	不可能
感染症	ある () ・ なし		
通院	はい ・ いいえ	かかりつけ医院名	

※介護保険認定の方は、要記載

介護保険	ある ・ なし	要介護 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5
事業所名		ケアマネージャー担当氏名
事業所住所	(〒 -)	
電話	- -	F A X - -

備考	----- ----- -----
----	-------------------------

ひかり歯科クリニック

水俣市大黒町 2 -3-12

TEL 0966-62-4144

FAX 0966-62-4147