訪問診療受付票

受付日
年　月　日

フリガナ		性別	生年月日・年齢	電話番号
患者氏名	様	男 女	T・S・H　歳 年　月　日	連絡先： 患者自宅：
住所	居宅・入所先 入所先施設名：　　部屋番号：			

主訴（現在気になっているお口の中の症状）

通院困難なご事情（病気の経歴）
・高血圧(　　/　　)　・糖尿病（HbA1c：　　）　・心臓や血管の病気　・貧血
・結核　・腎臓病　・自律神経失調症　・悪性腫瘍
・骨粗鬆症　・認知症　・感染症→あり（　　）/なし
・その他（　　）

ご都合の悪い日程　（　　）曜日　時間（　：　～　：　）
（　　）曜日　時間（　：　～　：　）
（　　）曜日　時間（　：　～　：　）

医療保険証の種類	国本・国家・社本・社家・後期高齢・前高齢1割・前高齢2割・前高齢3割・生保・障初・障課
介護保険証の種類	要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５・要支援１・要支援２・なし

代表者様１	お名前　様	住所	電話番号
			FAX番号
代表者様２	お名前　様	住所	電話番号
			FAX番号
駐車スペース	あり　：目印やナンバー　→ なし		

投薬情報（お薬手帳）	あり・なし	事前提供方法	FAX・メール・郵送・その他(　　)
病歴情報	あり・なし	事前提供方法	FAX・メール・郵送・その他(　　)

質問・注意点

医療法人社団緑真会

たく歯科

〒062-0020
札幌市豊平区月寒中央通11丁目７－６
TEL/FAX　011-850-4506

■診療日・診療時間

月・火・水・金　9：00～13：30　15：00～19：00
土　9：00～15：00
木・日・祝日　休　診