

訪問歯科診療申込用紙

(申込日: 年 月 日)

ふりがな		性別		男 ・ 女	
患者様氏名		電話番号			
ご住所		駐車場		無 ・ 有 ()	
生年月日	明・大・昭 治・正・和 年 月 日	介護保険	無 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 感染症 (病名: _____) ※左記は感染対策のため必ず事前にお知らせ下さい。				

ご担当の ケアマネジャー様	事業所名	お名前			
	TEL	FAX			

初診日の連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人/ご家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー様 <input type="checkbox"/> 他 (続柄 TEL _____)				
---------	--	--	--	--	--

備考	-----				
----	-------	--	--	--	--

	お口の状況	今回はどうされましたか？
上顎	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 入れ歯 壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口腔ケアを希望 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
下顎	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口腔ケアを希望 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
理由						

日程調整のため、**ご都合の悪い**曜日、お時間帯をご記入下さい。(例: 9:00~16:30 デイサービス など)

※初回無料歯科健診をご希望される方はチェックを入れて下さい。