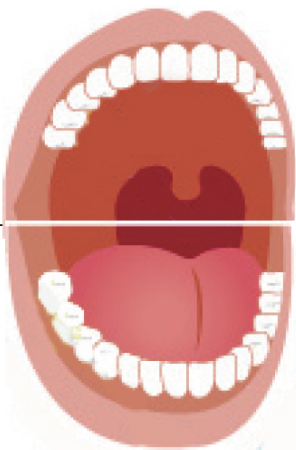


# 訪問歯科診療申込用紙

ふりがな				性別		男・女	
患者様氏名							
ご住所			電話番号				
生年月日		明・大・昭和 治・正・和		年 月 日		介護保険	
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 ケアマネージャー様	事業所名	お名前	
	TEL	FAX	

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 ( )
			<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 ( )
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。