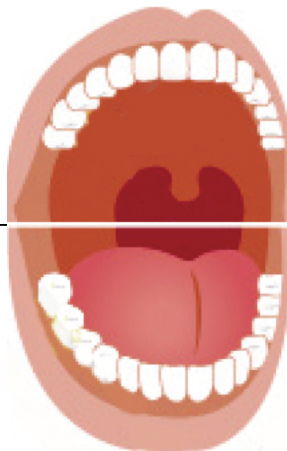


歯科訪問診療申し込み用紙

ふりがな			性別	男 ・ 女
患者様氏名				
ご住所			電話番号	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	介護区分	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"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()		感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名:) ※感染症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"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯①	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
時間帯②	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
理由	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②	① ②

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。