

女性歯科医師・歯科衛生士が、  
あなたのご自宅や施設に伺います。

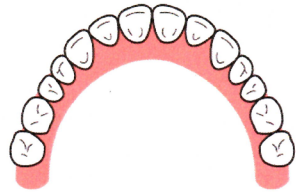
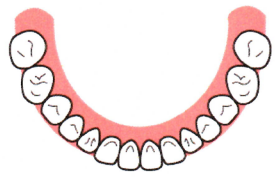
# みどり歯科医院 訪問歯科診療申込書

お申し込み日: 年 月 日

※お手数ですが、下記項目をご記入の上、FAXにて送信をお願い致します。

ご家族様 ケアマネジャー様 情報	事業所名:		
	お名前:	様	
	電話番号:	FAX:	
フリガナ 患者様氏名	.....	女・男	生年月日 西暦 年 月 日
住所	〒		駐車場 有・無
電話番号		介護保険	無・更新中・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"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )		
ご依頼者様 (介護者様)	フリガナ 氏名	電話番号	続柄

●現在の症状について ※痛み(有・無)

上顎	歯の状態 / <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯	
	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 入れ歯作製 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯の破損・修理 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの希望 <input type="checkbox"/> その他( )	
下顎	歯の状態 / <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯	
	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 入れ歯作製 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯の破損・修理 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの希望 <input type="checkbox"/> その他( )	

●ご都合の悪い曜日、時間帯をご記入ください。

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

その他 共有事項	初診日の 連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他( )

初回無料検診(訪問歯科相談)をご希望ですか ⇨ はい・いいえ

みどり歯科医院 / 愛媛県西条市飯岡2026-4

**FAX 0897-55-4400**

訪問歯科お問合わせ

tel 0897-55-4400