訪問歯科診療申込書（施設用）

ご記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな 患者様氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	年齢	満　　歳
同居者	有 ・ 無		
介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	要介護度	要支援：１・２　要介護：１・２・３・４・５
保険証	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ 障がい者（　　種　　級）		

ご家族等 連絡先	ふりがな ご氏名		続柄	
	ご住所	〒　　－	TEL	

施設名	
ご住所	〒　　－
TEL・FAX	TEL　　FAX

お申込者様	ふりがな ご氏名		職種	
TEL・FAX	TEL　　FAX			

【今回はどうされましたか？】 該当するものに ☑印をつけてください。（複数回答 可）

☐ 歯が痛い　☐ 歯ぐきが腫れた　☐ 物が良くかめない　☐ 入れ歯が合わない

☐ 入れ歯がこわれた　☐ 歯が抜けた　☐ 入れ歯を作りたい　☐ 歯がとれた　☐ 臭いが気になる

☐ 飲み込みづらい･むせる　☐ 検診希望　☐ 口腔ケア希望　☐ その他（　　）

内科、その他 医療機関名及び主治医（　　）

※ 該当するものに〇で囲んでください。

脳血管障害（脳梗塞・脳出血、その他＿＿＿＿） 心臓（心筋梗塞・狭心症、その他＿＿＿＿） 高血圧　糖尿病

慢性関節リュウマチ　パーキンソン病　腎疾患（　　）アレルギー（　　）

肝臓疾患（B 型・A 型・C 型・慢性肝炎・肝硬変、その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

骨そしょう症　なし･投薬あり 薬名〔　　〕

感染症（ 梅毒・MRSA・HIV・結核・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

上記以外の病名　（　　）

上記以外の内服薬　なし･あり　薬名〔　　〕

お問い合わせ・申込み先　　すこやか歯科クリニック

TEL：０５０－５３７２―７４０６　FAX：０４３－３８６－４０１８

※事前に FAX でお申込みください。折り返しお電話させて頂きます。