

本山歯科医院 大府分院 訪問歯科診療申込FAX

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXにてお送りください

お申込み日 ____年__月__日

ご依頼者様情報	事業所名		TEL	
	お名前		様	FAX
	ご住所			

診療希望者

ふりがな		性別	男 ・ 女			
患者様氏名		様	電話 番号	基本連絡先	-	-
			緊急時連絡先	-	-	
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 生まれ					
訪問先住所	〒 -				駐 車 場 の有無	
施設ご利用時 訪問先住所	施設名		担当者様氏名			
介護区分	要支援1・2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
現在の問題点	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 義歯の作成が必要 <input type="checkbox"/> 歯周病・定期的なケアが必要 <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯茎から出血がある <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた <input type="checkbox"/> □臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()					
ご都合の悪い曜日と時間帯に○を付けて下さい	月	火	水	木	金	土
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
患者様の状態	感染症 無・有(病名) アレルギー無・有(病名) うがいができる ・ 吐出しができる ・ 起き上がれる ・ 意思疎通(可・不可)					
	既往症					
保険	1割・2割・3割・福祉・障害・生保 介護負担割合 割		栄養摂取方法	経口・経管(時間:)		
歯科に通院が 困難な理由			その他 注意事項			

※初回のご希望に○をお願いします (初回無料検診希望 ・ 初回から診療を希望)

TEL/FAX番号: 0562-85-9994