

歯科訪問診療申込書

記入者名	ふりがな
所属・間柄等	
連絡先	TEL () その他

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 年 月 日

受診者 お名前	ふりがな 男 ・ 女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄 (詳しく)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

ケアマネ ジャー	ふりがな お名前	所属
連絡先	〒	TEL () FAX () その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 ・ ・ ・ ・ 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が ・ ・ ・ ・ ・ ・ 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが ・ ・ ・ 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア ・ ・ ・ 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他	
かかりつけ 歯 科 医	あり (医院名) なし	TEL () FAX ()	
主 治 医	お名前 所属	TEL () FAX ()	
主たる病 名			
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を起こした状態 ・ 寝たまま 特記事項 ()		
介 護 区 分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障 手帳	有 (級) ・ 無

医療法人 すが歯科クリニック

大阪府門真市本町 7-18

F A X 06-7501-9834