

～きだいじ歯科医院 訪問歯科診療お申込み書～



お申込み日 年 月 日 時

※お手数ですが、お分かりになる範囲で結構ですので下記項目にご記入の上FAXにて送信をお願い致します。

患者様氏名： 様		性別： 男 ・ 女	
ご住所：		駐車場：無・有（ ）	
電話番号：		生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日	
介護保険： 有 ・ 無 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		既往歴： <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

ご都合の 悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
理由						

お口の状況 と 主な訴え をお聞かせください

 上顎	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ※痛み（有 ・ 無）	<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・出血がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> □の中を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> その他（ ）
	 下顎	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ※痛み（有 ・ 無）

ご依頼者様名 （ご担当のケア マネージャー様）	事業所名： TEL:	FAX:
	お名前： 様	初診日の連絡先 <input type="checkbox"/> 本人/家族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー様 <input type="checkbox"/> その他（ ）

備考欄

※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⇒

医療法人城和会 きだいじ歯科医院

FAX:058 - 295-5669 訪問専用ダイヤル：080-2656-4688

〒502-0859 岐阜県岐阜市城田寺1229-2 診療時間：月曜～土曜日 9時～19時