

訪問歯科診療申込書

申込日：平成 年 月 日 NO.

受付場所	南陽市 川西町 高畠町 受付担当者[]		
	今回は (初診 ・ 再診)		
患者氏名	フリガナ		
	[男 ・ 女]		
生年月日	M ・ T ・ S	年 月 日	歳
患者住所	(自宅)		
	(入院・入所先)	TEL	
申込者み氏名	フリガナ 患者との続柄 ()		
保険の種類	国・社・老 () ・身 () ・その他 ()		
要支援・要介護	なし・あり (要支援 ・ 要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5])		
<p>【相談内容】 該当するものに○印を付けてください。(重複可)</p> <p>ア. 痛みがある イ. 腫れている ウ. 入れ歯が合わない</p> <p>エ. 入れ歯がこわれた オ. 入れ歯を作りたい カ. 出血がある</p> <p>キ. 入れ歯の手入れ方法について ク. 歯磨きの仕方について</p> <p>ケ. 口臭がある コ. うまく食べられない サ. その他</p>			

◎以下の質問にお答え下さい

- 希望する歯科医院 : なし・あり ()
- 患者さんが最後に通院した歯科医院 : なし・あり ()
- 家族のかかっている歯科医院 : なし・あり ()

病医院名 :	科名 :	TEL :
主治医 :		FAX :
訪問看護師 :	TEL :	FAX :
担当歯科医師 :	TEL :	FAX :
担当衛生士 :	TEL :	FAX :
介護者名 :		TEL :
		FAX :
続柄 : ()		