

# 訪 問 歯 科 診 療 申 込 書

<b>患者様氏名</b>		<b>性別</b>	男 ・ 女
<b>ご住所</b>	〒	<b>電話番号</b>	
<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日	<b>介護保険</b>	無・要介護 1・2・3・4・5
<b>キーパーソン氏名</b>			<b>続柄</b>
<b>ご住所</b>	〒	<b>電話番号</b>	
<b>既往歴</b>	<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"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 感染症(病名: <span style="float: right;">※左記は感染対策のため必ず事前にお知らせください</span> )		

※日程調整のため、ご都合の悪い曜日、お時間帯をご記入下さい。(例:9:00～16:30デイサービスなど)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	備 考
時間帯						
理 由						

お口の状況	今回はどうされましたか？
<input type="checkbox"/> 総入れ歯（上・下）  <input type="checkbox"/> 部分入れ歯（上・下）  <input type="checkbox"/> 自歯（上・下）	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 虫歯がある</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 歯が痛い</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 歯が欠けた</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 歯が取れた・欠けた</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血がある</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 口腔ケアを希望</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> その他</div> </div> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">（ )</p>

<b>ご担当の ケアマネージャー様</b>	事業所名: _____	名前: _____
	TEL: _____	FAX: _____

<b>訪問理由</b> (来院できない理由)	
---------------------------	--

★後日お電話にて日程調整させていただきます。

訪問当日は、保険証・介護保険証・その他負免・お薬手帳のご準備をお願い致します。

医療法人 芳章会  
**ほうなん歯科**

〒561-0831  
 大阪府豊中市庄内東町3-1-41グローバルハイツ豊中206号  
 訪問直通: 090-5657-6318 事務所: 06-4866-6066  
 FAX: 06-7501-5292