訪問歯科診療 申込用紙

医療法人社団 K Dental Clinic Kデンタルクリニック

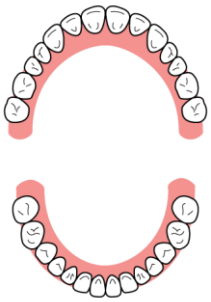
ふりがな ご氏名		ご住所	〒　－
生年月日	M・T・S・H・R　年　月　日	電話番号	ー　ー
介護区分	無　・要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5	性別	男　・　女
既往歴	□脳疾患　□心疾患　□肝臓疾患　□認知症 □骨折　□糖尿病　□特定疾患 □その他（　）	感染症	□無　□有　（病名：　） ※感染症対策のため必ず事前にお知らせ下さい。 ※看護サマリー等を併せてお送り下さい。
生活保護	□受けている→（　市）□受けていない	駐車場	□無　□有　□近隣コインパーキング
ご家族様	□独居　□同居→（　）	ご家族様ご連絡先	ー　ー

ご担当ケアマネージャー様	事業所名　お名前 TEL：　FAX：

申込の経緯 ※なるべく詳しくご記入下さい	

↓該当部分にチェック☑を入れてください。

お口の状況		気になる点			
上顎	□総入れ歯 □部分入れ歯 □自歯	□定期的な口腔ケア希望		虫歯がある	上□下□
		歯が欠けた	上□下□	歯が痛む	上□下□
		歯ぐきの腫れ	上□下□	歯が取れた	上□下□
下顎	□総入れ歯 □部分入れ歯 □自歯	義歯が壊れた	上□下□	歯ぐきの出血	上□下□
		義歯を作りたい	上□下□	義歯不適合	上□下□
		□その他　（　）			



↓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	土曜日
時間帯①	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：
時間帯②	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：
時間帯③	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：	：～：
理由	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③	① ② ③

※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。　□　希望する

TEL：06-6192-7799　FAX ： 06-6192-7798