

日野本町歯科医院 訪問歯科診療申込書

☆ 下記内容のご記入よろしくお願い致します。

治療 : 無料歯科検診

お申込年月日	令和 年 月 日					
患者様氏名	フリガナ	男・女 様	電話番号			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)					
住所						
ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた		<input type="checkbox"/> 歯の痛み・歯茎が痛い			
	<input type="checkbox"/> 入れ歯の修理、新製		<input type="checkbox"/> 口腔ケアを希望します。			
	<input type="checkbox"/> 検診結果の内容で		<input type="checkbox"/> 歯が抜けた(折れた) <input type="checkbox"/> 歯の動揺			
	<input type="checkbox"/> その他()					
通院困難なご事情			移動動作状況			
			全介助・部分介助・車椅子			
			聴力障害	有・無		
既往歴			言語障害	有・無		
			認知症	有・無		
現病歴			意思表示	有・無		
			感染症	有・無	A・B・C	
介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)					
保険証の有無	有・無・生保・障害者					
ご希望の曜日と時間帯に チェックをお願いします ※記入例 ☑月曜日 ☑午後	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 患者様宅へ連絡 <input type="checkbox"/> 施設様へ連絡 <input type="checkbox"/> 事業所様へ連絡					
	<input type="checkbox"/> その他()様 TEL(- -)					
ご連絡事項						
ケアマネジャー様 お名前					TEL	- -
ご依頼者様氏名 (本人・施設・事業所・病院・家族)			ご依頼者様住所			
TEL - -			FAX - -			

〒191-0011 日野市日野本町3-14-18 谷井ビル2F

医療法人芳志会 日野本町歯科医院

FAX:042-843-4382

ご不明な点はTEL:042-843-4381 または 042-583-5237(院内)までお願いいたします。