

## 訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日 NO.

受付場所	南陽市 川西町 高島町 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： ( )		