

横田歯科クリニック -往診申込み票-

お申込み日 令和 年 月 日 時

ふりがな						性別
患者様氏名						様 男・女
住所	〒					
電話番号	自宅	-	-	生年月日	昭・平・令	年 月 日
保険証	後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害 ・ その他()					
介護保険	無 ・ 有【要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5】					
既往歴	<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"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()					

★ご都合の 良い日に○を付けて下さい★

ご都合の良い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
9:30 }						
14:00						
14:30 }						
18:00						

お口の状況 と 主な訴え

※初回無料歯科検診をご希望されますか？ (希望します ・ 希望しない)

	入れ歯について	主な訴えについて	
	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ※痛み(有 ・ 無)	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 口の中を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他()	
	※定期的な口腔ケアを希望しますか(希望する ・ 希望しない)		
	備考		

ご依頼者様名 (ご担当のケア マネージャー様)	事業者名			
	TEL		FAX	
	お名前	様		