

一丁目歯科 訪問歯科診療申込票

患者様氏名：		様(歳)	性別：男・女
現住所：			
電話番号：		生年月日： 明治・大正・昭和 年 月 日	
ご家族様 (キーパーソン)	お名前： 様 住所： TEL：		
依頼者様 (担当者様)	お名前： 様 事業所名： 住所： TEL： FAX：		

お申込内容(お口の主訴)・お身体の状態について

- ※初回無料歯科健診をご希望されますか？ (希望します ・ 希望しません)
 ※お口の中で痛むところはありませんか？ (ある ・ ない)

お口の気になるところを教えてください

- 虫歯がある 歯がしみる・痛む 歯が欠けた 歯が取れた
 歯茎の腫れ・出血 口の中をきれいにしたい

入れ歯はお持ちですか？

- 総入れ歯 部分入れ歯 持っていない

入れ歯の状態について教えてください

- 入れ歯が壊れた 入れ歯が合わない 入れ歯がない(作りたい)

現往歴・既往歴

- 脳疾患 心臓疾患 認知症 パーキンソン病 糖尿病 骨折 ぜん息
 高血圧 骨粗しょう症 B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV MRSA

服用薬の情報

()

一週間の スケジュール	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
(記載例) ・デイサービス 8:30~16:30 ・ヘルパー 13:00~14:00						

※備考欄・その他ご要望等がございましたらご記入ください