

# 入谷歯科 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