



訪問歯科治療申込書

平成 年 月 日

ふりがな						性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名 (患者様)								
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 (生)			才			
ご住所	〒□□□-□□□□ 市 町 丁目 番 号 マンション/アパート名 階 号室 (様方)							
お電話番号	()		その他の連絡先		()			
保険証、医療証	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害 その他()		介護 認定		<input type="checkbox"/> 有り 要介護(), 要支援() <input type="checkbox"/> 無し			
通院困難理由 (具体的に)								
既往歴 (わかる範囲で)								
ご都合の悪い曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日		
ご都合の悪いお時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後		
お口の状態	入れ歯 (総入れ歯、部分入れ歯) 噛み合わせあり・なし <input type="checkbox"/> 臭 <input type="checkbox"/> 内炎							
お食事について	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()							
食事の様子	<input type="checkbox"/> 食事中にむせることある <input type="checkbox"/> 唾液が口の中にたまる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 硬い物が噛みにくい <input type="checkbox"/> 舌に白い苔のようなものがついている <input type="checkbox"/> 声が変わった <input type="checkbox"/> よく咳をする <input type="checkbox"/> 食事を残す (量が減った) <input type="checkbox"/> 体重が減ったような気がする							
主な申し込み理由	<input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの病気 <input type="checkbox"/> 飲込みの問題がある <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他 ()							
その他伝達事項								

医療法人社団洋光会 岡山歯科医院

〒192-0913 東京都八王子市北野台4-27-2

往診申込みはFAXまたはお電話で

FAX番号/電話番号 **042-635-3770**