▲

No.　　－

訪問歯科診療申込書

申し込み日　令和　　年　　月　　日

受診者	氏名	明・大 昭・平	年　月　日（　　歳）	男・女
	住所		電話	
申込者	氏名	続柄	電話	

1．困っていることは何ですか。（○をつけてください）

（　）歯が痛い　　（　）詰めたものが取れた　　（　）歯肉がはれた

（　）入れ歯を直してほしい　　（　）その他　｛　　｝

2．以前にかかっていた歯科医院　　1．あり　（　　歯科医院）　2．なし

3．希望する歯科医院がありますか。　1．あり　（　　歯科医院）　2．なし

◎注意　必ずしも希望どおりの歯科医院になるとはかぎりません。

4．現在の状態についてお尋ねします。

＊寝たきり度について（○をつけてください）

（　）屋内の生活はできるが、介護なしでは外出できない。

（　）屋内の生活は介助を要し、日中もベッドの生活が主であるが、座ることができる。

（　）一日中ベッドで過ごし、食事、排泄、着替えにおいても介助を要する。

＊現在の病気について（○をつけてください）

（　）高血圧　（　）心臓病　（　）脳循環障害　（　）肝臓病　（　）腎臓病

（　）糖尿病　（　）その他｛　　｝

5．かかりつけの医師　　病院　　先生　電話（　　）

＊どちらかに○をつけてください

（　）往診をうけている。　　（　）通院をしている。

必要事項をご記入のうえＦＡＸにて送信してください。

FAX：0277－47－1758

一般社団法人 桐生市歯科医師会