

訪問歯科申込書

お申込は電話、FAXにて承っております。

FAXの場合、お手数ですが下記項目をご記入後、下記までFAXをお願い致します。

スギタ歯科訪問ステーション行

FAX 0120-72-4181

申込日 平成 年 月 日

TEL 0120-77-4180

申込者	事業所名		
	氏名	受診者との続柄	
	TEL	FAX	
受診者	ふりがな	明治 大正 年 月 日生 (男・女) 昭和 (才)	
	〒(-)		
住所 連絡先	TEL	→ ご本人様宛 (続柄) ご家族宛 →	
	緊急TEL	お住い : 同居・独居	
診療場所	自宅・その他()	ご本人様電話にでれる・でれない	
診療立会	あり () なし		
主訴	◇歯が・・・ぐらつく・痛い・しみる・虫歯 ◇口臭が気になる		
	◇歯茎が・・・腫れている・出血する ◇お口の検査をご希望		
週間 スケジュール	◇入れ歯が・・・合わない・壊れた・作りたい ◇口腔ケアをご希望		
	◇その他 ()		
各種保険	(月) AM	PM	
	(火) AM	PM	
	(水) AM	PM	
	(木) AM	PM	
	(金) AM	PM	
	(土) AM	PM	
既往歴 後遺症等の 身体状況など	国保・社保・後期高齢・障害(一部/マル食)・生活保護・介護保険		
	脳梗塞・脳出血・心疾患・認知症・糖尿病・高血圧		
	(その他)		
感染症	あり () なし	本人様 : 意思疎通 ◇可能 ◇やや困難 ◇困難	