

別記様式

かかりつけ歯科医診療申込書

受付 平成 年 月 日

フリガナ		
受診希望者氏名	男・女	明 治 大 正 昭 和 平 成 年 月 日 (歳)
受診希望者住所	小平市 (駐車スペース 有・無) 電話 ()	
申込者氏名	続柄 _____ 電話 ()	
介護者氏名	(同上 / なし) 続柄 _____ 電話 ()	
治療の希望形態	1 訪問診療 ・介助者(いる・いない)	
	2 通 院 ・介助者(いる・いない) ・車いすの使用(有・無) ・診療台への昇降(可・不可) ・その他()	
口腔内の主訴	1 むし歯 2 歯がぐらぐらする 3 入れ歯が合わない / こわれた 4 物がよくかめない 5 その他()	
以前にかかった 歯科医院	年 月頃	
希望する歯科医院		
特記事項	・介護保険(要支援・要介護 度) ・愛の手帳 度 ・身体障害者手帳 級 ・その他()	< 以下は、当てはまるものに > ・痴呆 ・視覚障害 ・歩行障害 ・聴覚障害 ・言語障害 ・嚥下障害
受診に際して配 慮してほしいこと		
備 考		

病気・お薬について

現在の病名	(いつ頃から)
医科主治医	医療機関名 _____ 電話 () _____ 主治医氏名 _____ 通院 ・ 往診
現在使用している薬	
病 歴	
副作用歴	
通 信 欄	