

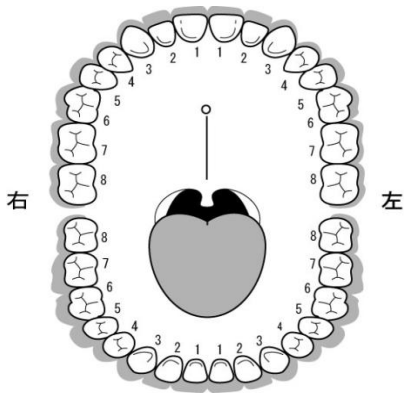
アピタ浅井歯科クリニック ー 訪問申込票 ー


お申込み日 年 月 日

※お手数ですがお分かりになる範囲で結構ですので下記項目にご記入の上FAXにて送信お願い致します

患者様氏名:		性別: 男・女					
ご住所:							
電話番号:				生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日			
保険証: 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害 ・ その他()							
介護保険: 有 ・ 無 【要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5】							
既往歴: <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形症 <input type="checkbox"/> 骨折							
<input type="checkbox"/> その他()							
ご都合の悪い曜日	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM
理由							

お口の状態と主な訴え

	<p>主な訴えについて</p> <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 口の中をきれいにしたい <input type="checkbox"/> 入歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入歯が落ちる <input type="checkbox"/> 入歯が合わない <input type="checkbox"/> 入歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他()	<p>義歯について</p> <input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> 部分入歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ※痛み(有・無)
	備考	

ご依頼者様名 (ご担当のケア マネージャー様)	事業所名: TEL:	FAX:
	お名前	
お申込みはこちらまで 	FAX: 028-615-1183	TEL: 028-615-1182 宇都宮市江曾島本町22-7 アピタ宇都宮店2F