



# 平林歯科医院 訪問歯科診療 申込用紙

## FAX 0263-32-2192

申し込み年月日	年 月 日		
患者様ご氏名	ふりがな	性別	年齢
		男	歳
		女	
住所	〒		
電話番号			
連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 御家族（続柄： TEL： ) <input type="checkbox"/> その他（御関係： TEL： )		
介護認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
保険証の種類			
病名とその経歴	主治医（医療機関名： 担当医名： )		
受診希望内容	<input type="checkbox"/> 入れ歯の調整・修理 <input type="checkbox"/> 入れ歯の製作 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ではない所が痛い <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> 食べることや飲み込みに問題がある <input type="checkbox"/> その他		
ご相談内容			

申込者ご氏名	ふりがな	患者様とのお関係・事業所名
住所	〒	
電話番号		
FAX		

初診時には保険証・介護保険証・お薬手帳をご用意ください