

訪問歯科診療 申込用紙

申込年月日		年		月		日		
患者様 ご指名	ふりがな					性別	年齢	
						男 女	歳	
住所						駐車場 スペース	有 無	
電話番号	()							
連絡先	☐ ご本人 独居・同居	訪問可能日	月	火	水	木	金	
	☐ ご家族 同・近・遠		AM					
	☐ その他		PM					
食べる機能 のご質問	※以下の項目で当てはまるものにチェックを入れてください。 ☐ 半年前に比べて固いものが食べにくい ☐ お茶や汁物等でむせる ☐ 口の渇きが気になる ☐ 口が粘つく ☐ 口臭が気になる ☐ 食べるのが遅くなった ☐ 滑舌が悪くなった ☐ 頬や舌、唇をかむ ☐ 食べこぼしが増えた ☐ 食べ物が口の中に残る ☐ 食べ物や薬等が飲み込みにくくなった ☐ その他気になる事がある							
介護区分	☐ 要支援 (1・2) ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5							
保険証類	☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護 ☐ 障害者 ☐ 特定医療費 (指定難病)							
既往歴 (全身的)								
ご相談内容								
お申込者 ご指名	ふりがな			事業所名				
住所								
電話番号	()			FAX番号	()			

★訪問歯科のご相談はこちら→相談員TEL 080-5104-2199 訪問 FAX 03-5878-1787

★日曜祝日はお休みの為、休み明けにこちらからご連絡いたします。

《医療法人社団ハピネス》

★本院 すぎもと歯科

〒133-0061

東京都江戸川区篠崎町7-29-2

プラチナKODAヒルズ1F

★分院 ファミリア歯科

〒134-0091

東京都江戸川区船堀4-16-21

雅1F