

ごうだ歯科 歯科訪問診療申込書 兼 検診申込書

下記欄にご記入の上、FAX で送信または郵送をお願いいたします。記入はわかる範囲で結構です。

FAX 送信先

0795-74-0027

郵送先

〒669-4133 丹波市春日町平松 713-1
ごうだ歯科 歯科訪問担当 宛

ふりがな		性別	生年月日	年齢
患者様 氏名		男 女	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳
住所	(〒 -) (様方)			
電話	() -	FAX	() -	

日程の調整・体調などご連絡させていただける方

ふりがな		電話番号 () -
氏名	(続柄)	携帯番号 () -
ご連絡のつきやすい時 (曜日・時間帯など)		

お口の症状 治療のご希望	<input type="checkbox"/> 痛みがある (<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき)	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作って欲しい	<input type="checkbox"/> つめ物・被せ物が取れた
	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 食べ物が飲み込みづらい
	<input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア希望	<input type="checkbox"/> 歯・口の検診希望
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
病気の経歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ())	
	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> その他 ())	
	<input type="checkbox"/> 認知症 (日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)	
	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> その他)	
	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 (人工透析: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
かかりつけ医	医院・病院名	担当医氏名
介護認定状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 <input type="checkbox"/> 申請中	
介護事業所	事業所名称・住所・連絡先	
	担当ケアマネジャー氏名	
その他連絡事項		

※記載の個人情報は、当院の個人情報保護方針に基づき、歯科訪問診療の目的のみに利用し、厳密に保管管理致します。