

別記様式

かかりつけ歯科医診療申込書

受付 平成15年12月 / 日

フリガナ	コダイラ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	明治 大正 昭和 平成	〇年 〇月 〇日 (〇歳)
受診希望者氏名	小平 太郎			
受診希望者住所	小平市 小川町 2-1333 (駐車スペース <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無) 電話 042(346)9641			
申込者氏名	小平 花子	続柄	妻	
		電話	()	
介護者氏名	(※ <input checked="" type="radio"/> 同上 / なし)	続柄		
		電話	()	
治療の希望形態	1 訪問診療	・介助者(<input type="radio"/> いる・ <input type="radio"/> いない)		
	2 <input checked="" type="radio"/> 通院	・介助者(<input checked="" type="radio"/> いる・ <input type="radio"/> いない) ・車いすの使用(有・ <input checked="" type="radio"/> 無) ・診療台への昇降(<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	〇〇 歯科		平成 14 年 11 月頃	
希望する歯科医院	同上			
特記事項	・介護保険(要支援 <input checked="" type="radio"/> 要介護 3 度)		<以下は、当てはまるものに○> <input checked="" type="radio"/> 痴呆 ・視覚障害 ・歩行障害 ・聴覚障害 ・言語障害 ・嚥下障害	
	・愛の手帳 度 ・身体障害者手帳 級 ・その他()			
受診に際して配慮してほしいこと	※ あれば記入			
備考	※ その他何かあればこの欄を自由にお使い下さい。			