

歯科医療機関名 \_\_\_\_\_ 様

## 歯科受診申込書

わかる範囲でご記入ください

申込日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主 訴	1 入れ歯・・・破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が・・・痛い、ぐらぐらする、むし歯、取れた 3 歯ぐきが・・・痛い、腫れている、出血する 4 口腔ケア・・・口臭、清掃、嚥下機能訓練				
	その他（具体的に）				
かかりつけ 歯 科 医	有	病院名	電話		
	無		FAX		
受診者氏名	ふりがな		性 別	生 年 月 日	
			男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	
住 所				自宅電話	
				携帯電話	
家族 (介護者) 氏名	ふりがな			本人との関係（詳しく）	
昼間の 連絡先	自宅電話			勤務先	
	携帯電話				
記入者 <small>(介護支援専門員)</small>	ふりがな			所 属	
連絡先	電話番号等お書きください				
かかりつけ 医	お名前			電話	
	医療機関名			FAX	
主たる病名					投 薬
可能な姿勢	・椅子に座る・車イスに座る・ベッド等を起こした状態・寝たままの状態 特記事項（ _____ ）				有・無
介護認定	（要支援） 1・2		（要介護） 1・2・3・4・5		
身障手帳	有（ _____ 級） ・ 無				

※お薬手帳やその他必要な情報が記載されたものと一緒にご利用ください。