

—— 訪問歯科診療 申込票 ——

お申込み日 平成 年 月 日

**在宅での歯科 治療 ・ 無料検診 を申し込みます。**

ふりがな							性別	男・女
患者様氏名								
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	ご年齢	歳		
ご住所	〒 -							
電話番号	( 続柄 )				介護保険	有・無		
保険証	後期高齢 ・ 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 障害 ・ その他 ( )							
申込者様氏名				連絡先				
過去および 現在のご病気	心臓[心筋梗塞・ペースメーカー使用]・糖尿[インシュリン投与 有・無]・脳疾患 腎臓[透析 有・無]・認知症[重度・軽度]・肝炎[A型・B型・C型]・その他 [ ]							
通院困難な理由	脳疾患・骨折・関節リュウマチ・変形症・老衰・パーキンソン病・悪性腫瘍 その他 ( )							
お口の症状 上から順番に 該当項目に○印 をつけてくだ さい。	痛み	有り・無し	歯	有り・無し	入れ歯	有り・無し		
	場所	歯・歯ぐき・入れ歯の有無・舌・口腔粘膜						
	症状	しみる・ずきずき痛い・腫れている・痛くて咬めない・歯がぐらぐら 入れ歯が合わない・入れ歯がこわれた・歯ぐきから出血・緊急対応要						
	その他	入れ歯を作りたい・虫歯治療・歯石を取りたい・口臭が気になる ( )						
ご都合の悪い日	月	火	水	木	金	土		
時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後		
備考								

お手数ですが、上記項目にご記入のうえ、下記までFAXにてご送信をお願い致します。

**【FAX】 03-3703-8851**

— 伊東歯科医院 —

〒158-0086 東京都世田谷区尾山台3-34-8 2階

【TEL】 03-3703-8809