

訪問歯科診療 申込書

お申込日 年 月 日

ふりがな	性別 男 ・ 女
患者様氏名	生年月日 年 月 日(歳)
住所 〒	
電話番号	駐車スペース 有 ・ 無
介護保険認定	申請中 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5
患者様の状態	寝たきり・寝たり起きたり(15分程度座位可能)・移動可能(自力・介助)
通院困難なご事情又は病名	

主な介護者様氏名	続柄()	電話番号						
ケアマネージャー様氏名		事業所名 (TEL:)						
ご連絡方法 1.ご本人様 2.ご家族様(氏名 続柄) 3.ケアマネージャー様								
訪問希望日時	月	火	水	木	金	土	初回無料歯科検診を	
							希望	希望 しない

申込理由	(該当するものに○をしてください)
1・治療	(1) 歯が 痛い・抜けた・かけた・折れた・グラグラする・詰め物が取れた (2) 歯ぐきが 腫れている・痛い・血が出る・噛むと痛い (3) 入れ歯が 合わない・壊れた・新しく作りたい (4) その他 ()
2・口腔ケア	(1) 口の中をきれいにしてほしい (2) 口のおいが気になる (3) その他 ()
3・摂食 嚥下	(1) 飲み込みにくい・食べ物がこぼれる・むせる・時間がかかる (2) 飲食中又は飲食後に声が変わる・のどに痰が絡む (3) よく熱が出る (4) その他 ()

お申込み お問い合わせは こちらまで	FAX 078-599-7183	 くどう歯科医院 <small>Kudo Dental Clinic</small>
	TEL 078-599-7182	
※FAXがない場合 まずはお電話下さい	郵送 〒650-0011 神戸市中央区下山手通3丁目10-1 TRSX6F くどう歯科医院	