

川口市訪問歯科健診申込書

■ 申込者

ふりがな		<input type="checkbox"/> ご家族（続柄　　） <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他（　　）
ご氏名		
連絡先	電話番号（　　）	

■ 受診者

ふりがな		男・女
ご氏名		
生年月日	明治・大正 昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
住 所	〒	
電話番号	（　　）	
訪問が必要な理由	<input type="checkbox"/> 寝たきりのため <input type="checkbox"/> 歩行困難なため <input type="checkbox"/> その他の理由（病名など外出が困難な理由を簡単にお書きください） （　　）	
どういった事でお困りですか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が当たって痛い <input type="checkbox"/> 食事がしにくい <input type="checkbox"/> 悪いところを見てほしい <input type="checkbox"/> その他（歯肉から出血があるなど具体的にお書きください）	
その他	かかりつけの歯科医院があれば教えてください （　　歯科医院　　先生） 訪問時に駐車する場所がありますか？（はい・いいえ）	
備 考		

お申込みFAX番号 048-257-5000