川口市訪問歯科健診申込書

■申込者

ふりがな		□ご家族（続柄　　）　□ヘルパー □訪問看護師　□ケアマネージャー □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	（　　）	
外出困難な理由	□ 寝たきりのため　□ 歩行困難なため □ 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 ）	
お困りの事はありますか？	□ 歯が痛い　□ 歯肉がはれた　□ 歯がぐらぐらする　□ 入れ歯がこわれた □ 入れ歯が当たって痛い　□ 食事がしにくい　□ 悪いところを見てほしい □ 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はありますか？　（ はい・いいえ ）	
備　考		

お申込みFAX番号 048-256-2023