



無料歯科相談申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所		TEL ()	
往診先	○居宅 ○病院・施設 等 ()		
	住所	TEL () 駐車スペース (有・無)	
寝たきり及び寝たきりに準ずる 患者様の場合の原因疾患	・脳血管疾患・心疾患・神経系疾患 ・その他 ()		
その他の疾患	・高血圧・糖尿病・肝臓疾患・腎疾患 ・その他 ()		
主治医名	氏名 (病院 科)	TEL ()	
	氏名 (医院)	TEL ()	
担当ケアマネージャー名：	TEL ()		
居宅介護支援事業所名：	TEL ()		
かかりつけ歯科医 (有・無)	歯科医師名：		
介護認定	有 (介護度：)	訪問時立会予定者	家族 (続柄)
	無		その他介護者 ()
現在の状況を教えてください	○入れ歯が合わない ○入れ歯が壊れた ○新しい入れ歯を作りたい ○歯が痛い ○歯ぐきが腫れている ○出血がある ○その他 ()		
利用者の状況			
服薬の有無	1) 無 2) 有 (薬品名：)		
※ お薬手帳をお持ちの方はコピーでも結構です			
寝たきり度	1) 寝たきり 2) 準寝たきり 3) その他 ()		
感染症の有無	1) 有 () 2) 無		
食事形態	1) 普通食 2) ミキサー食 3) その他 ()		
義歯装着	1) 有 2) 無		
口腔清掃	1) 毎日 2) 時々 3) してない		
うがい	1) できる 2) できない		
その他 連絡事項等			

※上記項目でご不明な箇所につきましては空欄のまま結構です。

《お申込先》

にじいろ歯科クリニック

〒270-0164 千葉県流山市大字流山2575

TEL 04-7159-1818

FAX 04-7159-8841

お申込者氏名

ご本人との続柄

TEL ()