

受付 平成 年 月 日

No.

訪問歯科診査依頼書

下記により訪問歯科診査を依頼いたします

申込年月日 平成 年 月 日

申込者氏名 _____ (受診者との続柄 _____)
 営 _____

枠の中を記入または該当番号に○印をつけて下さい。

受診者氏名	(男・女) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
受診者住所	町 丁目 番 号 番地の 営 _____
受診者の歯の状態	1. 歯が痛い 2. 歯がグラグラする 3. 歯ぐきが腫れている 4. 入れ歯があわない 5. その他 ()
罹ったことのある病気	心筋梗塞・狭心症・脳梗塞・脳溢血・糖尿病・肝炎・血液疾患・高血圧・喘息・アレルギー ()・その他 ()
現在服用している薬	ない・ある ()
歩行状態	寝たきり・準寝たきり・要介護・車椅子・短時間可能・屋内可能・他 ()
以前の歯科治療経験	1. 歯を抜いたことは ない・ある (いつ頃) 2. 歯の治療中に異常を覚えたことが ない・ある ()
以前(現在)かかった歯科医院	以前(現在)かかった歯科医院 ない・ある(歯科医院名 _____ いつ頃 _____)
訪問歯科診査の申込	1. 今回が初めて 2. () 回目 最も近い利用 昭和・平成 年 月 担当歯科医師名 _____
紹介機関	