

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	