|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名取市高齢者歯科訪問診療申込書  令和　年　　月　　日　　受付   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | 受付  番号 | |  | | 申　込　者 | 住　所  　電話番号　（　　　　　　　　　　　　　　）  　携　帯　　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 氏　名　　　　　　　　　　 診療希望者との続柄　（　　　　　　） | | | | | 診 療 希 望 者 | 住　所  　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　－　　　） | | | | | 氏　名 | | 性別　男　・女 | | | 生年月日　　大正　・　昭和　　　年　　　月　　　　日　　（満　　　歳） | | | | | 申 込 理 由 | 1．痛い　　 2．腫れている　　 3．入れ歯が合わない　　 4．入れ歯が壊れた  5．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | 症状が現れたのは　　　　　月　　　　日頃から | | | | | かかりつけ  歯科医の有無 | 無・有　歯科医院名（　　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　－　　　　　） | | | | | 疾 病 の 有 無 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　）　電話番号（　　　　－　　　　　）  主治医（病院名：　　　　　　　　　　）医師名（　　　　　　　　　　医師 ） | | | | | 介 護 度 | 要支援　１　 ・　　２　　　要介護度　 １　　２　　３　　４　　５ | | | | | 申 込 経 緯 | 本人　・　家族　　・　　ケアマネージャー　　・　　その他（　　　　　　　　　） | | | | | 以前に歯科訪問診療を受けたことがありますか。　はい（　　　年　　月頃　）　・　いいえ | | | | |     　診療希望日　　・無　　　　　　　　・有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |