

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	大正・昭和 平成・令和	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 事はある 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がありますか？ (はい・いいえ)	
備 考		

お申込みFAX番号 048-256-2023