

# 医) SMILE LIFE 訪問歯科診療申込書

申込日 年 月 日

## ★申込者

氏名 \_\_\_\_\_ 患者さんとのご関係 ( )

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

(ふりがな)
☆患者氏名 _____ (男・女)
☆生年月日 明・大・昭 年 月 日生
☆住所 〒 _____ 市 区
☆電話番号 _____ ( )

## ★ かかりつけ歯科医院名 ★

1. 有 \_\_\_\_\_ 歯科医院

2. 不明

## ★ かかりつけの医院名 (内科等) ★

医師名 \_\_\_\_\_

## ★ 主な病名は ★

## ★ 患者さんの状態 ★

1. 寝たきり
2. 寝たり起きたり (15~30 分ぐらいは座っていることができる)
3. 介助があれば移動できる
4. 自分で移動できる

## ★ 介護認定 ★

非該当

要支援 1

要支援 2

要介護 1

要介護 2

要介護 3

要介護 4

要介護 5

## ★ 申込理由 ★

入れ歯が… (あわない・こわれた)

入れ歯を… (新しく作りたい・修理したい)

歯ぐきが… (腫れて痛い・かむと痛い)

歯ぐきから血がでる

歯が… (痛い・抜けた・折れた・ぐらぐらする・とれた)

歯に穴があいた

歯の詰め物がとれた

口腔ケア… (歯や舌の汚れを取りたい・接食嚥下訓練

口腔マッサージ)

その他… (異物・口臭・口の渇き・顎が痛い・検診

咬めない・口が開かない)

(\_\_\_\_\_)

★ 駐車場はありますか? ある ない

問合せ・申込先

医) SMILE LIFE あきデンタルクリニック

電話 045-340-0418 ファックス 045-340-1731