

# 訪問歯科診療・口腔ケア 申込書

お申込みはFAXでお願いいたします。FAX番号：078-594-4130

お申込日： 年 月 日

患者様氏名	(ふりがな)	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 / 年齢 歳
住所	駐車スペース：有・無		
連絡先電話番号			
同居者	独居・同居（配偶者）・同居（子ども）・その他（ ）		

介護認定	有：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 無：申請中 未申請 不明		
病気の経歴	有・無	心臓・肝臓（A型・B型・C型）・糖尿・腎臓・パーキンソン 脳梗塞・脳溢血・脳卒中・心筋梗塞・その他（ ）	
お口の痛み	有・無	お食事	しにくい・問題なし
お口の症状	歯が痛い 歯肉が痛い 歯がぐらぐらする つめものが取れた		
	入れ歯（総入れ歯・部分入れ歯） 入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい		
	検診希望 口腔ケア希望 その他（ ）		

ご希望の訪問日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午前	午前	午前	午前	午前	午前
	午後	午後	午後	午後	午後	午後

ご依頼者様	事業所名					
	氏名					
	電話番号			FAX番号		

申込書の記入・FAXが困難な場合は、お電話での申し込みも可能です。

## 西畑歯科医院

住所：651-1113 神戸市北区鈴蘭台南町3-11-11

電話番号：078-594-4182

ホームページ：<https://nishihata-dental.com/>

