

お申込み日 年 月 日

※お手数ですが、お分かりになる範囲で結構ですので下記項目にご記入の上 FAX にて送信をお願い致します。

患者様氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別: 男 ・ 女

住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ 生年月日:大正・昭和 年 月 日

介護保険: 有 ・ 無 既往歴:脳疾患・心臓疾患・肝臓疾患・認知症

要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 パーキンソン病・変形症・骨折

その他( \_\_\_\_\_ )

ご都合の悪い日	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
時間帯	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
理由							

お口の状況と主な訴えをお聞かせください

<b>上顎</b>	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ※痛み(有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ・出血がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 口の中を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が落ちる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
<b>下顎</b>	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯 ※痛み(有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ・出血がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 口の中を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が落ちる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他( _____ )

<b>ご依頼者様名</b> (ご担当ケア マネージャー様)	事業所:	TEL :	FAX :
	お名前:		

備考欄