

訪問歯科診療申込書

※太枠内をご記入ください

▼ ご本人様情報

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
患者様氏名		年齢	歳
現住所	〒	電話番号	

▼ 介護者様情報

ふりがな		続柄	
氏名		電話番号 ご自宅	
現住所	〒	電話番号 携帯	

▼ 担当ケアマネ様情報

ふりがな		担当者	
事業所名			
所在地	〒	電話番号	

?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い
	<input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている
	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている
	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた
	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい
	<input type="checkbox"/> 口の中が乾燥する
	<input type="checkbox"/> 口内炎が出来ている
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアをしてほしい
	<input type="checkbox"/> 食事が食べにくくなってきた (むせる・噛めない・時間がかかる など)
	<input type="checkbox"/> 嚥下 (飲み込み) の検査やリハビリをしてほしい
	<input type="checkbox"/> その他

FAXでの申込は
0422-70-3051

医療法人社団 医輝会 東郷医院【歯科】
〒181-0013
東京都三鷹市下連雀3-34-137ヘルスタ三鷹5階
TEL 080-4326-8264 FAX 0422-70-3051
✉ tougouin.dental@gmail.com