

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：0246-84-5034

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。

かしまデンタルクリニック



住所：〒971-8144 いわき市鹿島町久保1丁目1-5

電話番号：0246-84-5033

ホームページ：<https://kashimadental.jp/>