



\* 無料歯科検診、訪問歯科診療をご希望の方は、下記項目にご記入をお願いいたします。

お申込日 年 月 日

ふりがな:	性別: 男 ・ 女
患者様氏名:	生年月日: 大正・昭和 年 月 日( 歳)
住所: 〒	
電話番号: - -	駐車スペース: 有 ・ 無
保険証: 前期・後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 重度障害 ・ 原爆 ・ その他( )	
介護保険: 有 ・ 無 (要支援 1 ・ 2 、要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
通院困難なご事情: 足が不自由、寝たきり、認知症、その他( )	

◆ご連絡方法

1.ご本人 2.ご家族様(氏名 続柄: ) 3.ケアマネジャー様

電話番号( - - )

ケアマネジャー様のお名前 事業所名 (TEL - - )

ご都合の 悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯	~	~	~	~	~	~
理由 (デイ、訪問、 通院 など)						

(訪問希望日時がありましたらご記入ください) :

◆お口の状況と主な訴え (初回無料歯科検診を希望しますか? 希望する ・ 希望しない)

義歯について  総入れ歯(上・下)  部分入れ歯(上・下)  自歯( 本程度)

主な訴え  歯が痛む  歯が欠けた  歯(かぶせ物など)が取れた  
 歯茎の腫れ出血がある  □の中を綺麗にしたい(口腔ケア)  
 入れ歯が壊れた  入れ歯が合わない  入れ歯を作りたい  
 その他( )

お申込みは **FAX 082-875-3600**

ミモザ歯科

こちらまで

お電話でも結構です 082-875-3500

安佐南区西原 1-11-10