



* 無料歯科検診など、ご相談だけでもお気軽にご連絡ください。

お申込日 年 月 日

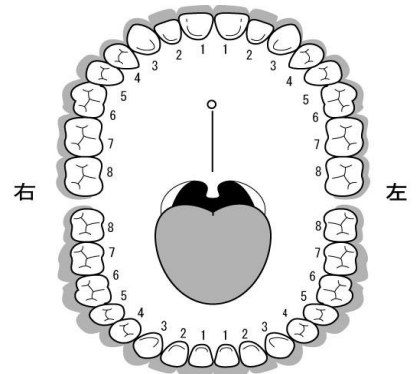
フリガナ :	電話番号: - -
患者様氏名: (男・女)	生年月日: 大正・昭和 年 月 日(歳)
住所 〒 または施設名	(駐車場: 有・無・コインパーキング)
保険: 国保・社保・後期高齢・生保・原爆・重障・介護保険(介護度))
主な病気: 脳疾患・心疾患・認知症・※感染症()
その他()

◆ご連絡先 (初回日程調整など)						
1. ご本人		2. ご家族様(氏名		続柄:)		3. ケアマネジャー等
電話番号 (- -)						
事業所名 (TEL - -)				担当者様 (ケアマネジャー、相談員など)		
スケジュール	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯 (デイ、訪問、 通院、往診等)	~	~	~	~	~	~

<input type="checkbox"/> 総入れ歯(上・下)	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯(上・下)
<input type="checkbox"/> 自歯(本程度)	
《主な訴え》	
<input type="checkbox"/> 歯が痛む・グラグラする・抜けた・欠けた	
<input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた	
<input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・痛み・出血がある	
<input type="checkbox"/> 虫歯ありそう	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害
<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた・合わない・作りたい	
<input type="checkbox"/> 定期的な口腔ケア、全体チェック	
<input type="checkbox"/> 詳細・その他	
*ミモザ歯科使用欄	号車
初回訪問日時: 月 日() :	
情報源:	

◆訪問希望日時、スケジュール詳細等

◆具体的な症状や部位をわかる範囲でご記入ください



お申込みは **FAX 082-875-3600**
こちらまで
お電話でも結構です 082-875-3500

医療法人社団博煌会
ミモザ歯科 訪問診療部
安佐南区西原 1-11-10