

無料歯科検診 ・ 初診

※下記該当する箇所を丸で囲んでください。
記入日 令和 年 月 日 （ 対応者 ）

【 本人情報 】

ふりがな				男・女	生年月日	明・大・昭 平・令	年 月 日 (歳)	
住所 (施設名)	〒					駐車場	あり・路駐・なし ()	
電話番号	自宅		医療負担割合	1・2・3		公費	生活保護・福・障など ()	
	携帯		介護負担割合	1・2・3		要介護度	支1・支2・介1・介2 介3・介4・介5 ()	
既往歴	認知症・脳梗塞後遺症・骨粗鬆症・パーキンソン病・高齢による筋力低下・足腰が不自由・高血圧・虚血性 不整脈・心不全・脳血管・糖尿病・喘息・慢性気管・甲状腺機能障害・甲状腺機能こう進・てんかん・慢性腎臓 その他()							
感染症	なし・HBs・HCV・梅毒・MRSA・その他()							
内科主治医	病院名() 医師名()							
訪問可能 曜日に ○×を ご記入 下さい		日	月	火	水	木	金	土
	AM							
	PM							

【 周辺情報 】

ご依頼者	本人・親族・ケアマネ・施設スタッフ・その他()
------	-------------------------------

ご家族・親族	ふりがな 名前		続柄		同居・別居
電話番号	自宅		携帯		
住所(書類送付先)					

【 ケアマネージャー情報 】

ふりがな			TEL	
名前				
事業所名			FAX	

■今回はどうされましたか？

1)歯が痛い	2)グラグラ	3)歯ぐきが腫れた・痛い	4)つめもの・かぶせものが取れた
5)口の中にできものがある	6)入れ歯の調子が悪い	7)入れ歯を作りたい	8)歯が抜けた
9)口腔ケアをして欲しい	10)その他()		

(メモ欄)

■何で知りましたか？

HP・口コミ・院内パンフレット・スタッフから・ポスターを見て・他患者もさくら会に依頼しているため
その他()