

# 無料歯科検診・訪問歯科診療 申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ				明治・大正・昭和	性別	男・女
受診者 お名前	生年月日	年 月 日				
	電話番号	( )				
	ファックス番号	( )				
ご住所						
申込者 お名前				続柄		
訪問希望 日時	月・火・水・木・金・土(午後2:00から) (午前9:00 10:00)			駐車場の有無	有・無	

## 【お口の状態】

現在の 状態	1. 歯が・・・ (痛む・抜けた・グラグラする・詰め物が取れた・穴が開いた・ [ ] )
	2. 歯ぐきが・・・ (腫れて痛い・血が出る・嘔むと痛い・ [ ] )
	3. 入れ歯が・・・ (痛い・割れた・ゆるい・合わない・噛めない・作りたい・ [ ] )
	4. 口腔内のケア (嚥下、摂食訓練・入れ歯の調整・舌や歯の汚れを取りたい・ [ ] )
	5. その他・・・ (検診・口臭予防・顎関節症・口が開かない・ [ ] )

## 【全身の状態】

痴呆	有・無		意思の疎通	有・無	
現在の ご病気					
介護度	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	生活保護	有・無	
身障手帳	有・無				

医療法人社団  
森の風インプラント歯科クリニック  
旭川市宮下通り9丁目396-3



☎とファックス共用です  
0166-26-1955

★この申込用紙に必要事項をご記入いただき左の番号へファックスをお願いします。

★ご不明な点は、クリニック受付までご連絡ください。誠心誠意ご案内します。

申込ファックス番号