歯科治療申込書

●申込日	
●ホーム名	
●記入者	

ご入居者様氏名		
保証人様氏名		
キーパーソン氏名		※保証人様以外にいらっしゃる場合
ご家族確認の状況	現在の状況	済み（確認日時：　　）　・　連絡待ち　・　未確認
	事後確認日時	月　　日

●口腔内トラブルの状況（歯痛・出血など）

●ご本人状況

日常の生活動作・状況	寝たきり　・　移動（車椅子・歩行介助器・杖・要見守り） 麻痺（有・無）　・　視力障害（有・無）　・　その他（　　）
認知程度	有　　軽度　　無
聴力障害	有　　軽度　　無
言語障害	有　　軽度　　無
現病名	
服用中の薬名	
感染症（例：肝炎）	有（　　）　無
アレルギー	有（　　）　無

※健康保険被保険証、高齢者医療被保険証、障害者手帳等のコピーを合わせて FAX して下さい

たむら歯科　〒253-0052 茅ヶ崎市幸町 23-11-4
TEL:0467-84-4618/FAX:0467-84-4621