

歯科診療申込書(障がい者)

申込日:令和年月 日 申込者氏名

名 人との続柄 TEL	申込み先:可児地域在宅歯利・医療 連携室 (可児歯科医師会内) 〒509-0207 岐阜県可児市今渡 706-1 TEL 0574-62-7462 FAX 0574-62・7460
-------------------	--

フリガナ: 氏名・	男・ 女	生年月 日	昭和・平成・令和 年月日( 歳)
普段の呼び方:		身長: cm	体重:
住所:		TEL :	
保険の種類	社保・国保・後期高齢・福祉医療(有無)		
障がい・口身体障がい(口発達障がい(口知的障がい(口精神障がい(その他の疾患( )))			
主治医名	病院 科)		TEL
	氏名	医院)	TEL
かかりつけ歯科医 (有・無) 歯 科医院名			
どうなさいました か (主訴)	口ご飯が食べられない 口歯が痛い 口歯ぐきがはれている口 その他(		
利用者の状況 服薬の有無 口年 口有 (薬品名: アレルギー 口無 口有てんかん 口有 音嚥疎通 口できる 口半分できる口できない コミコー ニケーション の一方ヲ去			

口会話(口単語口短い文口長い文) 口文字 口絵カード  
口を開ける 口できる口見せればできる口できない

苦手なもの 口白衣口聴診器口舌圧子(舌をおさえるへら) 口注射口点滴口音 口光口におい口その他(口多動口奇声口痛みに敏感口自傷行為口その他)

その他

※上記項目で不明な箇所については空欄のまま提出ください。