

訪問歯科相談申込（同意）書

次のとおり申し込みます。

年 月 日

○申込者（相談対象者本人の場合は記載不要）																		
氏名		対象者との関係 (所属・職種)																
住所	〒 電話																	
○対象者情報																		
氏名		主たる介護者の 氏名・続柄																
住所	〒 電話																	
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (満 歳)	同居者																
通院していた 歯科医院	あり (歯科医院名) なし																	
希望する 歯科医院	あり (歯科医院名) なし																	
○相談理由（当てはまる番号すべてに○をつけて下さい）																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 歯が痛い</td> <td style="width: 33%;">2 歯ぐきが腫れた</td> <td style="width: 33%;">3 ものが良く咬めない</td> </tr> <tr> <td>4 入れ歯が合わない</td> <td>5 入れ歯が壊れた</td> <td>6 入れ歯を作りたい</td> </tr> <tr> <td>7 口臭が気になる</td> <td>8 飲み込みづらい</td> <td>9 口が渇く</td> </tr> <tr> <td>10 口腔ケア希望</td> <td>11 健診をしてほしい</td> <td>12 舌痛・舌のよごれ</td> </tr> <tr> <td>13 ムセやすくなった</td> <td>14 その他</td> <td></td> </tr> </table>				1 歯が痛い	2 歯ぐきが腫れた	3 ものが良く咬めない	4 入れ歯が合わない	5 入れ歯が壊れた	6 入れ歯を作りたい	7 口臭が気になる	8 飲み込みづらい	9 口が渇く	10 口腔ケア希望	11 健診をしてほしい	12 舌痛・舌のよごれ	13 ムセやすくなった	14 その他	
1 歯が痛い	2 歯ぐきが腫れた	3 ものが良く咬めない																
4 入れ歯が合わない	5 入れ歯が壊れた	6 入れ歯を作りたい																
7 口臭が気になる	8 飲み込みづらい	9 口が渇く																
10 口腔ケア希望	11 健診をしてほしい	12 舌痛・舌のよごれ																
13 ムセやすくなった	14 その他																	

※太枠の部分の記入をお願いします

※日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック 記入欄

受付日	年 月 日	受付番号		担当者		対応確認
備考						



日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック

TEL (0256) 47-1210

FAX (0256) 47-1371