

訪問歯科診療FAX専用お申し込み書

受診者お名前	<input style="width: 300px;" type="text"/> <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 フリガナ <input style="width: 150px;" type="text"/>
生年月日	<input style="width: 50px;" type="text"/> 例1950/07/15 <input style="width: 50px;" type="text"/> 歳
ご住所	<input style="width: 650px;" type="text"/>
お電話番号	<input style="width: 200px;" type="text"/>
申込者お名前	<input style="width: 250px;" type="text"/> 続柄もしくは事業社名 <input style="width: 250px;" type="text"/>
申込者お電話番号	<input style="width: 200px;" type="text"/>
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 義歯を直したい <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 口腔ケアをしてほしい <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 300px;" type="text"/>
いつ頃からですか	<input type="radio"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> 日前 <input type="radio"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> ヶ月前 <input type="radio"/> その他 <input style="width: 100px;" type="text"/>
具合の悪い所はどこですか	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> ほほ <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下
抜歯・麻酔の経験はありますか	<input type="checkbox"/> 歯を抜いた事がある→ <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 麻酔をした事がある→ <input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> ヶ月前
歯を抜いた時、麻酔をした時になにか異常はありましたか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 何日も痛んだ <input type="checkbox"/> ひどく腫れた <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 300px;" type="text"/>
特異体質・アレルギーはありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> お薬（具体的に） <input style="width: 450px;" type="text"/>
かかったことのある病気・治療中の病気はありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中など <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 痴呆症 <input type="checkbox"/> 骨折など <input type="checkbox"/> 肝臓病（ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型） <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 感染症など <input style="width: 250px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 450px;" type="text"/>
現在服用中のお薬はありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある <input style="width: 550px;" type="text"/>
通院できない理由は何ですか	<input type="checkbox"/> 心身の状態が悪く独自の歩行が困難なため <input type="checkbox"/> 通院するために必要な介護者がいないため <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 650px;" type="text"/>
保険はなにをお使いですか	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 老人保険 <input type="checkbox"/> 障害者保険 <input style="width: 50px;" type="text"/> 級 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 社会保険・本人 <input type="checkbox"/> 社会保険・扶養者 記号・番号 <input style="width: 450px;" type="text"/>
診察についてお伺いします	<input type="radio"/> 保険の範囲内で治したい <input type="radio"/> 自費診療でも良い <input type="radio"/> 相談の上決めたい
お伺いするのにご都合の悪い曜日・時間帯はありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある→具体的に <input style="width: 450px;" type="text"/> 理由 <input style="width: 550px;" type="text"/>
訪問歯科診療をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介→お名前 <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 医療機関の紹介→医療機関名 <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 施設・介護支援センターの紹介→お名前 <input style="width: 250px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療車をみて <input type="checkbox"/> チラシ・パンフレットを見て <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 広告を見て→掲載先 <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 600px;" type="text"/>

FAXが届きましたら、確認のお電話をおかけ致します。

お電話での確認を持ちまして正式なお申込の受付とさせていただきます。お電話番号を必ずご記入ください。

FAX.0997-52-4540