

ご記入の際、下記のことをご確認ください。

- ✓ 患者様のお名前は、記載されていますでしょうか？
- ✓ 患者様のご住所・電話番号は、記載されていますでしょうか？
- ✓ 保険証は、お手元の保険証をよくご確認の上、該当する物を ○ で囲んで下さい。
- ✓ 予め、比較のご都合の良い曜日と時間帯をお教え下さい。

▼ 事前問診票ご記入に際しての注意点 ▼

お名前は記入
されましたか？

ご住所・電話番号
駐車場の有無は
記載されましたか？

保険証の種類・
各種認定を
ご確認ください。

ご都合の良い曜日
時間帯をご記入
ください。

《グリーンデンタルクリニック》 FAX:045-813-3002
お申し込み日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|-------|----------|--------------|-------|-------|--|
| 種別 | 治療 : 無料検診 | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | |
| 患者様名 | | | | | | 性別 | 男・女 | |
| 生年月日 | 明治 | : | 大正 | : | 昭和 | 年 | 月 日 才 | |
| ご住所 | 〒 | - | | | | 駐車場 | 有・無 | |
| 電話番号 | - | - | - | - | 特記事項 | | | |
| 保険証 | 社・国・生保・障害・後期高齢・その他 | | | | | | | |
| 介護保険認定 | 有・無 | 要介護 要支援 1 2 3 4 5 | | | | | 認定中 | |
| 現在および 過去の病気 | 有・無 | 心臓・肝臓（A型・B型・C型）・糖尿（インシュリン有・無） 肝臓・心筋梗塞・認知症・その他 | | | | | | |
| 通院困難な理由 | 脳疾患（脳梗塞（右・左）・脳卒中・脳溢血）・骨折（腰椎・大腿骨・膝関節） 変形症（腰椎症・関節症・膝関節症）・関節リュウマチ（上肢・下肢）機能全廃 筋委縮症・パーキンソン脊髄損傷・悪性腫瘍・その他 | | | | | | | |
| 主訴 | 口腔状態 | | | 全身状況 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない | | | 臥床状況 | 寝たきり・寝たり起きたり | | | |
| | <input type="checkbox"/> 虫歯が痛む | | | 移動動作状況 | 全介助・部分介助・その他 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたまま | | | 聴力障害 | 有・無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている | | | 言語障害 | 有・無 | | | |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い | | | 認知障害 | 有・無 | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | 意志表示 | 出来る・出来ない | | | | |
| ご都合の良い日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | | |
| 時間 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | 午前・午後 | | |
| 理由 | | | | | | | | |
| ご依頼者様名 | 事業所名 居宅・在宅・介護支援センター（事業所）・訪問看護ST・施設・病院 | | | | | | | |
| 担当者様 ケアマネージャー様 | | | | | | | | |
| 電話番号・FAX | TEL | - | - | FAX | - | - | | |

※ 提供いただいた個人情報は歯科診療上においてのみ使用し、それ以外の目的において使用する事はありません。
TEL 045-813-4618 FAX 045-813-3002 <http://www.green-dental.clinic.jp>