

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>