



お申し込み先 FAX:702-2612

京都市左京歯科医師会・左京口腔サポートセンターまで



申込書

受診者名	
申込者名(キーパーソン)	
生年月日	年 月 日 性別 男・女
住所	〒
(訪問先住所)	〒
駐車場有無	あり・なし 近隣にコインパーキング
連絡先電話番号	-
連絡可能な曜日・時間帯	曜日 午前 午後
申し込む理由	① 歯が痛い ② 入れ歯が痛い ③ 入れ歯が合わない ④ 入れ歯が壊れた ⑤ 新しい義歯を作りたい ⑥ 歯が折れた・抜けた ⑦ 歯が汚れている ⑦ むせたり、飲み込が悪いことがある ⑧ その他(具体的に)
全身状態	① 寝たきり ② 時々起きられる ③ 意思疎通困難 ④ 椅子に座れない ⑤ その他 身体状態()
家族構成	独居 配偶者 子供 その他()
かかりつけ医	医 院 名: 電話番号 -
かかりつけ歯科医	歯科医院名: 電話番号 -
担当ケアマネジャー	施 設 名: 電話番号 -
医療保険・福祉	① 医療保険 ② 重障老人 ③ 生活保護 ④ その他()
介護保健	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5