

奈良県心身障害者歯科衛生診療所



歯科診療申込書(FAX 用)

FAX:0744-29-0116

下記の通り歯科診療相談を申し込みます。

記入日：20 年 月 日

| | | | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------|---|--------|---------------------|
| 受診者 | 住所 | 〒 | 男 女 | 生年月日 S・H・R 年 月 日 |
| | フリガナ 氏名 | | TEL | |
| 障害の内容 | 知的能力障害 自閉スペクトラム症 肢体不自由(上肢・下肢・体幹) 内部障害() 視覚・聴覚障害 その他() | | | |
| 療育手帳の等級及び番号 | A (A1・A2)・B (B1・B2) | 第 | 号 | |

<以下の質問にお答えください>

1. 受診を希望される理由は何ですか

2. 今までに一般の歯科医院で治療を受けたことはありますか。(はい・いいえ)
3. 2. で「はい」と答えた方は今回、当診療所を選んだ理由をお書きください。

4. 紹介状はお持ちですか。(はい・いいえ)
5. その他、受診されるに当たって連絡事項などがあればお書きください。

申込者

住所： _____

氏名： _____ (本人との間柄：)

保護者

住所： _____

氏名： _____ (本人との間柄：)