

県立施設障害者歯科診療所歯科診療予約申込書

市町村名 加須市

ふりがな			
患者氏名		性別 男・女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
住 所			
電話			
患者連絡先 連絡者名 連絡者電話番号			
主 訴 歯が痛い・歯ぐきがはれている・頬がはれている・外傷を受けた 口臭がする・むし歯があるらしい・歯が少なくてよくかめない その他 ()			
経過 市 町村 が 記 入	(1) 障害の種類		
		障 害 名	等級 (程度)
	身体障害		
	知的障害		
	(2) 歩行・運動機能 寝たきり・ハイハイ・つかまり立ち・何とか歩ける・車椅子 その他 ()		
	(3) 日常会話が [完全にできる・ほぼできる・できない]		
	(4) けいれんまたはひきつけが [ある・ない]		
	(5) 抗けいれん剤の服用を [している・していない]		
(6) その他の常備薬が [ある (薬品名) ・ない]			
(7) 定期的に歯科医師以外の医師の診察を受けて [いる・いない]			
受 付 日	令和 年 月 日		
紹介先施設	リハビリテーションセンター・あさか向陽園・そうか光生園・嵐山郷・皆光園・その他 ()		
送 付 日	令和 年 月 日 内 線		
担当課所	障がい者福祉課		
担当者氏名			
備考			