

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)	手帳番号	
	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					