

# 聴覚に障害のある方の歯科診療申込書

※電話予約が可能な方のご利用には対応できません。あらかじめご了承ください。

【申込日】 年 月 日

相談者	本人 ・ 本人以外 (本人との関係 )		
紹介状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 紹介元病院名:		
患者氏名	ふりがな	男 ・ 女	
生年月日	年	月	日 満 歳
住 所	〒 横浜市 区		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		
主訴 【現在困っていること】	<input type="checkbox"/> 痛い(腫れた) <input type="checkbox"/> 歯がゆれている <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他( )		
障害名(聴覚障害以外)			
既往歴 【これまでにかかった病気】			
手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 “有”の場合、下記の当てはまる項目に✓を入れてください		
身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級		
療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2		
精神障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		
介護保険認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 認定中		
診療希望曜日 (希望日に○、ダメな日に×)		詳細な診療日時の希望あれば記載ください	
	月	火	水
	木	金	土
	日		
午前			
午後			
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール		
対応方法	<input type="checkbox"/> 通訳同伴 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他( )		
備考 (不明点・希望等あれば記入ください)			

※ご予約日時が決定しましたら平日8:30~17:30の間にご連絡いたします

FAX 045-201-7736

横浜市歯科医師会 横浜市歯科保健医療センター