

(第1号様式)

歯科診療申込書

殿

申込者：住所 _____

氏名 _____

保護者：住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 ()

下記のとおり歯科診療相談を申し込みます。

記

受診者	住 所	〒	男 女	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
	フリガナ 氏 名		Tel	()
障害の内容	視覚・聴覚言語・肢体不自由（上肢・下肢・体幹）・内部（ ） 知的障害・その他（ ）			
身体障害者手帳の番号及び等級	第 号 級			
療育手帳の	A ・ B 第 号			

<以下の質問にお答えください>

- 1 今までに一般の歯科医院で治療を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)
- 2 1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。

3 診療は月曜、水曜、木曜、金曜、日曜にありますが、特に曜日を希望される方はお答えください。
(曜日を希望します)

4 今現在、病院にかかっている方は、病名などをわかる範囲で書いてください。

5 その他、受診されるに当たって連絡事項などがあれば、書いてください。
