

歯科受診連絡票

年 月 日

受診者氏名	ふりがな 呼び名()	生年 月日	昭・平・令 年 月 日 歳
住所	〒 TEL		
緊急時連絡先	氏名 TEL		
所属名			

希望する治療	むし歯の治療・歯肉の治療・歯石を取ってほしい・入れ歯について相談したい・口の中をきれいに磨いてほしい・健診・フッ素を塗ってほしい・その他()
受診にあたっての希望(対応の仕方など)	例)大きな声で話しかけられるといらいらするので、ソフトな声で。
コミュニケーションの取り方	特別なことは必要ない・イラスト(絵)・手話・筆談・ジェスチャー その他()
基礎疾患名	ダウン症候群・脳性マヒ・自閉症・注意欠陥多動性障害・てんかん・その他()
主な内科疾患名	糖尿病・高血圧・心疾患() 出血性素因・その他()
内科等の主治医(無・有)	病院または医院名 _____ 医師の氏名 _____ 病院または医院の住所 (〒 —) _____ 病院または医院の電話番号 _____
現在飲んでいる薬の名前	無 有(何の薬を飲んでいますか)
これまでの歯科治療の経験	有(地域歯科診療所・病院歯科・口腔衛生センター・びわこ学園・その他) 無 歯科治療中断の有無 無・有(理由)
受診時の付き添いについて	本人一人で受診・家族・ヘルパー その他()

記入者名 _____ (本人・家族・その他)