心身障害者（児）歯科診療申込書

年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2">昭和・平成・令和
年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒　　―
区</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">自宅電話</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">付添者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">携帯電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保護者</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">受診者との続柄
父・母・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3">（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">学校・施設名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">通　学・通　所・入　所
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">連　絡　先</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害の種類
疾　病　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療育手帳判定</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">身体障害者
手帳判定</td><td>級</td></tr>
<tr><td colspan="2">既　往　歴</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">かかりつけ
医院・病院名</td><td colspan="2"></td><td>科</td><td>主治医名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">所　在　地</td><td colspan="6">〒　　―</td></tr>
<tr><td colspan="8">【　歯科受診理由　】</td></tr>
<tr><td colspan="8">【　主な交通手段について　】　　所要時間　約　　時間　　分
・自家用車　・タクシー　・公共交通機関（　　）　・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="8">【　当診療所（特殊歯科診療事業）をどこで知りましたか　】
1．市や区の広報　2. パンフレット・ホームページ
3．紹介（医師・歯科医師・薬局・保健センター・受診した方・学校・施設・その他：　　）
4．その他（　　）</td></tr>
</table>