

しかけんしんじゆしん まえ
歯科健診受診の前に

これは歯科医師へ皆さまのお体の状況や診療の時に気にかけてほしいこと等を伝えるためのものです。

以下の内容を記載し、受診の際に、歯科医院の方にお見せください。

なまえ 名前			せいべつ 性別	おとこ 男	おんな 女
せいねんがっぴ 生年月日	しょうわ 昭和	へいせい 平成	ねん 年	がつ 月	ひ 日
ほごしゃしめい 保護者氏名			つづきから 続柄		
れんらくさき 連絡先(電話)					
しんちよう 身長	c m		たいじゆう 体重	k g	
しょう 障がいの種類 (<small>まる</small> <small>かこむ</small> で囲む)	ちてきしょうがい 知的障害	じへいしょう 自閉症	じゅうしょうしんしんしょうがい 重症心身障害		
	せいしんしょうがい 精神障害	しんたいしょうがい 身体障害	ぶい (部位)		
しょう 障がいの程度	ていど				
アレルギー					
ないぶくちゆう 内服中の薬	くすり				
コミュニケーション の取り方	と かた				
さ 避けてほしいこ と・苦手なこと	にがて				
す 好きなこと					

りよう
利用しているサービス機関

きかんめい

機関名

たんとうしゃ

担当者

じゅうしょ

住所

でんわばんごう

電話番号

きかんめい

機関名

たんとうしゃ

担当者

じゅうしょ

住所

でんわばんごう

電話番号

きかんめい

機関名

たんとうしゃ

担当者

じゅうしょ

住所

でんわばんごう

電話番号

きかんめい

機関名

たんとうしゃ

担当者

じゅうしょ

住所

でんわばんごう

電話番号

きかんめい

機関名

たんとうしゃ

担当者

じゅうしょ

住所

でんわばんごう

電話番号