

問 診 票

相談日	年 月 日		
滞在都市			
ふりがな			
氏 名	男・女		
年齢	歳	生年月日	年 月 日
滞在期間	年 ヶ月		

注) ボールペンで、楷書体により強く記入してください。

4. 相談会にいらっしゃった理由を教えてください。

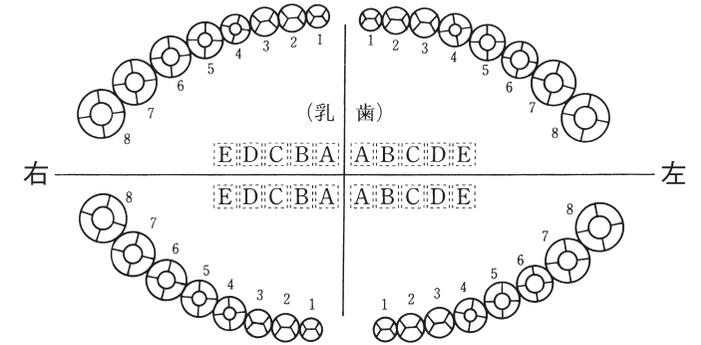
- 気になるところがあるので相談したい。
→ (5. にご記入ください)
- 気になるところはないが、みてほしい。

5. 相談したいこと

(上の4. で「気になるところがあるので相談したい。」にチェックを入れた方のみお答えください。)

(以下、歯科医記入欄)

A. 口腔検査所見



B. 所見

- 問題を見とめません
- 虫歯があります
 治療の必要あり 治療の必要なし
- 歯並び
 レントゲンを撮ってください 様子を見ます
- 歯石がついています
 治療の必要あり 治療の必要なし
- 歯肉から出血があります
 治療の必要あり ブラッシングで治ります
- 気になる部位があります
 歯の根 抜歯 粘膜 舌

その他のコメント

世帯主の当地滞在の形態 (必ずご記入下さい)

- 日本の企業等からの派遣
日本の派遣元企業(機関)名:

- _____
- _____
- 当地の勤務先企業(機関)名(現法、合弁会社名等):

- _____
- その他
在住・留学・その他 ()

1. 現在治療中や観察中の病気(歯科以外の)はありますか?

はい なし

2. 渡航前に歯科健診を受けましたか?

はい いいえ

3. 渡航前に歯科治療を受けてきましたか?

はい いいえ

physician's signature _____

歯科・小児科相談会および講演会にお申込みされた皆さんへ

このたびは、歯科・小児科相談会および講演会にお申込みいただきまして、ありがとうございます。
当日の場所・持ち物とご注意事項の連絡です。

【共通事項】

- ☆ 会場は、サミティヴェート病院 Building2 6階です。
- ☆ 相談時間の10分前にはお越しください。
- ☆ 相談会・講演会は、サミティヴェート病院とは関係ありませんので、病院へ問い合わせをしないでください。

問い合わせ先	講演会・相談会受付 082-253-8818 ※9時～17時(日曜・祝日休)にお願いします
--------	---

【小児科:相談時間は、一人 30 分】

- ☆ 相談されるお子さまの、身長・体重が分かるようにしてきてください。
- ☆ 「相談内容」の紙は事前先生にご覧いただきますので、2/1(金)までに別館へご提出ください。

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 100B
	<input type="checkbox"/> 母子手帳
	<input type="checkbox"/> 現在使用している薬が分かるもの ※お薬を使用している方のみ
	<input type="checkbox"/> 問診票・アンケート用紙 (2/1 までに事前提出の方は不要) ※ダウンロードしてご記入下さい http://www.jat.or.th/?p=22562

【歯科:相談時間は、一人約 15 分】

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 100B
	<input type="checkbox"/> 問診票・アンケート用紙 ※ダウンロードしてご記入下さい http://www.jat.or.th/?p=22562

【講演会:2月8日(金)10時00分～12時00分】

- ☆ 今年度の講演会内容は「発達障害の子供のケア」についてです。

当日の持ち物	<input type="checkbox"/> 日本人会会員証 ※申込受付時に使用した会員番号と照合します
	<input type="checkbox"/> 相談費用 ※日本人会会員・JOMF会員 無料
	<input type="checkbox"/> 筆記用具 ※必要な方のみ ※レジュメはありません

