

訪問歯科・診療申込書

様

申込日： 年 月 日

フリガナ		男・女	居室	階	号室
患者名	生年月日				年齢
	明・大・昭・令 年 月 日				歳
住所	自宅 入所先 (施設名)	都 道 府 県			
申込者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄：) <input type="checkbox"/> 身元引受人 (氏名：) <input type="checkbox"/> 看護師 (氏名：) → 患者関係者の了承 (<input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人) <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー → 患者関係者の了承 (<input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人) <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> その他 ()				
キーパーソン 及び ケアマネージャー様	フリガナ			事業所名	
	氏名	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人			
	〒 —	電話番号	— —		
		FAX	— —		
請求書郵送先住所	〒 —	TEL	— —		
請求書郵送先宛名		FAX	— —		
※キーパーソン様と同じ場合は『同上』で結構です					
ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 患者様宅へ連絡 <input type="checkbox"/> 事業所様へ連絡 <input type="checkbox"/> 身元引受人様へ連絡				
ご連絡希望日時					
駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し	サービスを知ったきっかけ			
歯の症状	<input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎から出血がある <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい <input type="checkbox"/> 歯が抜けた・折れた <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> むし歯の治療をして欲しい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない (<input type="checkbox"/> 新製希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯調整希望 <input type="checkbox"/> 症状を確認して決めたい) <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れてしまった <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下についての相談 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
病歴および 障害名 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 統合失調 () <input type="checkbox"/> 脊椎小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 (麻痺部位：) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (麻痺部位：)				

	<input type="checkbox"/> 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> 血液疾患・出血性素因（ ） <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症（ ） <input type="checkbox"/> 染色体異常（ ） <input type="checkbox"/> 症候群（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 無し	
身体状況	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 麻痺あり（ ） <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 短時間歩行可能 <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他（ ）	
保険証の種類	介護度（ ） <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害者	
身体状況	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口 経管栄養 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他） 座位保持 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調・低栄養のリスク（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明） 発音機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調・肺炎の既往（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調 自食 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食（荒・中・極細） <input type="checkbox"/> ペースト食	
通院先名		通院頻度
		回 / ヶ月
<small>※内科等、他院へかかられている場合にのみご記入下さい。（状況によっては訪問歯科診療をお断りする場合がございます）</small>		

現在服用中の お薬	<small>※薬剤情報（薬の一覧）等のコピーでも構いません</small>	
--------------	--	--

*お申し込みされる際に、上記項目にご記入頂き、保険証の写しと併せて、FAX で事前にお送り下さい。

この歯科

〒 504-0023 各務原市那加太平町1-221

TEL : 058-382-3100

FAX 送付先 : 058-382-3174