

訪問歯科診療申込書

〒114-0003 東京都北区豊島3-19-3 生協王子歯科

電話 03-3927-9573

お申込日： 年 月 日

※申込先 FAX 03-3927-9578

フリガナ 患者様ご氏名		男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
患者様ご住所	区		
ご連絡先	電話 () 携帯 () ※連絡の取れる番号をご記入下さい。ご本人以外の場合かつこ内にご記入下さい。		
訪問先	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 ()		
	住所	電話 ()	駐車スペース 有 ・ 無
同居のご家族 ご家族名・住所	いない ・ いる (氏名：) ご関係 () ご住所 ()		
歩行状態	寝たきり 準寝たきり 要介護 車いす 短時間歩行 屋内歩行 他 ()		
服薬の有無	なし あり (薬品名：)		
感染症の有無	なし あり (肝炎：A型・B型・C型 HIV MRSA 他：)		
食事形態	普通食 ミキサー食 その他 ()		
入れ歯装着	なし あり	口腔清掃	毎日 時々 していない
うがい	出来る 出来ない	会 話	出来る 出来ない
介護認定	あり なし	訪問時の 立ち合い	出来ない・ご家族 () その他介護者 ()
通院困難理由 (寝たきり原因疾患) 該当するもの全て 複数回答可 必ずご記入下さい	脳血管障害 (脳梗塞・脳出血・その他：) 心 臓 (心筋梗塞・狭心症・その他：) 腎臓病 () 慢性関節リュウマチ 高血圧 糖尿病 (HbA1c 値) パーキンソン病 喘息 癌 () その他 ()		
ご依頼理由 <input checked="" type="checkbox"/> に 複数回答可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 食物がよくかめない <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()		
患者様からのご要望			
主治医	氏名 (病・医院)	電話	
担当ケアマネージャー名：			電話
居宅介護支援事業所名：			FAX
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"/> 身内・知人・他へ連絡 ()様 電話 ()		
その他の連絡事項；			

※上記項目で不明な箇所は空欄のままご提出ください。

※ご加入の健康保険証の情報・介護保険証の情報もご添付をお願い致します。