

# 訪問歯科診療申込書 FAX : 045-507-4072

依頼日： 年 月 日

患者氏名	フリガナ	男 / 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生( 歳)		
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居・家族と同居 ) <input type="checkbox"/> 病院・施設 (名称： ) 〒 _____ TEL (                    )					
	主たる介助者 _____ 続柄(                    ) 連絡先 <input type="checkbox"/> 訪問先へ <input type="checkbox"/> 下記依頼者様へ					
駐車スペース	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問先敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣コインパーキング <input type="checkbox"/> その他(                    )					
主訴	<input type="checkbox"/> 食べることの問題 ( むせる・口からこぼれる・薬が飲めない・その他： )					
	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない ( 痛い・落ちてくる・その他： )					
	<input type="checkbox"/> 痛みがある ( 歯・歯肉・噛むと痛い・その他： )					
	<input type="checkbox"/> その他 (                    )					
保険証手帳類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他(                    )					
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： 要支援 ( 1・2 )    要介護 ( 1・2・3・4・5 )					
ケアマネジャー						
事業所名：			名前：			
TEL (                    )		TEL(携帯) (                    )		FAX (                    )		
スケジュール	月	火	水	木	金	備考(希望など)
	9:00					
	10:00					
	11:00					
	12:00					
	13:00					
	14:00					
	15:00					
16:00						
17:00						
かかりつけ医療機関		TEL (                    )		主治医名(診療科) 先生(                    )科)		
かかりつけ歯科医療機関		TEL (                    )		歯科医師名 先生		最終診療 ヶ月前

患者様の状態	● 主要病名： _____
	● 既往歴： 高血圧・糖尿病・心疾患・脳血管疾患・その他： _____
	● 感染症： なし・あり(梅毒・MRSA・HIV・B型肝炎・C型肝炎・その他： _____)
	● 抗血栓薬： なし・あり(抗血小板薬・抗凝固薬・薬剤名 _____)
	● アレルギー： なし・あり(薬： _____ 食べ物： _____ その他： _____)
	● 骨粗鬆症： なし・あり(薬剤名： _____)
	● 歩行状態： 寝たきり・寝たり起きたり・介助があれば移動可能・自分で移動できる
	● 障害： なし・あり(聴力障害・言語障害・認知症・その他： _____)
● 経口摂取： できる(常食・軟食・刻み食・ミキサー・ソフト・ペースト・その他： _____)	
● 経口摂取： できない(胃ろう・経鼻胃管・静脈栄養・その他： _____)	

ご依頼元 (事業所・病院・施設・家族)	フリガナ
	ご担当者
TEL： (                    )	FAX： (                    )

※ ご提供いただいた情報は歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。