

# ヒューマンデンタルクリニック訪問歯科診療申込書

		申込日	年	月	日			
申込者	氏名	続柄 ( )	ご連絡先 電話番号	—	—			
主たる 介助者	氏名	続柄 ( )	ご連絡先 電話番号	—	—			
フリガナ			住所 〒	—				
患者氏名		男・女						
生年月日	西暦	年	月	日	歳			
電話	—	—						
駐車場	なし ・ あり ( 自宅敷地 ・ 近隣コインパーキング ・ その他 )							
主 訴	1. 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 _____ 2. 入れ歯が合わない(痛い・落ちてくる・その他) _____ ) 3. 痛みがある (歯・歯肉・かむと痛い・その他) _____ ) 4. その他 _____							
サービス等 スケジュール		月	火	水	木	金	土	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 歯科医院	1. なし 2. あり 歯科医院名 ( )							
かかりつけ 病院名	病院名 ( / 先生) 電話 — —							
ケア マネジャー	事業所名 ( ) 担当者 ( )							
	連絡先 (電話 — — ) (FAX — — )							
<b>患者さんの状態</b>								
●主病名：								
●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)								
●要介護度 : 自立 ・ 要支援 (1・2) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )								
●状 況 : 寝たきり ・ 寝たり起きたり ・ 介助があれば移動できる ・ 自分で移動できる								
●介護保険 : あり ・ なし ●障害手帳の有無 : あり ・ なし								
●保険の種類： 後期高齢者 ・ 国民保険 ・ 社会保険 ・ 生活保護 ・ その他 ( )								
●障 害 : 聴力障害 (あり・なし) 言語障害 (あり ・ なし) 認知症 (あり ・ なし)								
<b>食事の状況</b>								
●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)								
できない (胃ろう ・ 経鼻胃管 ・ 静脈栄養 ・ その他)								