

歯科訪問診療申込書

お申し込みは FAX 専用電話 045 (363) 2881 へ

お申込年月日 令和 年 月 日

歯科 No.

患者様 氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年齢	電話番号
	様		明・大・昭・平 年 月 日	歳	
住所	旭区			同居家族あり () ・ 独居	
申込者	本人 ・ 家族 () ・ ケアマネージャー ・ その他 ()				

希望内容	検 診 ・ 治 療 ・ お口のケア	
主訴 (気になる症状)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> お口のよごれ <input type="checkbox"/> その他	
緊急性	あり ・ なし	痛み あり ・ なし

感染症 病歴	<input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他の感染症 ※一か月以内に上記感染症にかかったことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
服薬(わかる範囲)	※詳しいお薬情報は訪問歯科医へお伝えください	
障害	<input type="checkbox"/> 認知症 (無・軽度・重度) <input type="checkbox"/> 意思疎通 (普通・やや難しい・難しい) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他	
かかりつけ医師	医院名	担当医師
かかりつけ歯科	歯科医院名	担当歯科医
歩行状態	寝たきり ・ 車いす ・ 要介助で歩行可 ・ 自立歩行	
保険証の種類	要支援 () ・ 要介護 () ・ 申請中 国保 ・ 社保 (本人/家族) ・ 後期高齢 ・ 生保 ・ 障害者手帳 級	

連絡方法	1 患者様宅へ電話 本人 ・ 家族 (続柄 お名前)	
	2 その他へ電話(お名前) 電話番号()	
希望日時	曜日	時頃
住宅状況	一戸建て・集合住宅(階 エレベーター有・無)	駐車スペース 有 ・ 無

担当	フリガナ	事業所名	電話番号 FAX 番号
ケアマネ ジャー	氏名		Tel Fax