

無料

# 訪問歯科健診 申込書

申込は FAX 045 (363) 2881 または 電話 080-7799-7480 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 大・昭 年 月 日	年齢 歳	電話番号
		様			
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( )				
無料訪問歯科健診をなにで知りましたか? ( ) 歯科医院・薬局・区役所・ケアマネージャー・ケアプラザ・その他( )					

主訴 気になる症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない・こわれた <input type="checkbox"/> お口のよごれ <input type="checkbox"/> その他( )				
病歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨折 ( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
感染症	<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( ) ※ 1か月以内に罹った <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
服薬	主な薬 ※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 ( 軽度 中等度 重度 ) <input type="checkbox"/> 意思疎通 ( 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	医院名		担当医師		
かかりつけ歯科医	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				
介護認定 保険証種類	要支援 ( ) 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療を受けている 後期高齢・国保・社保(本人/家族)・生保・障害者手帳 級・その他				

連絡方法	1 患者様宅へ電話 本人・家族(続柄 名前 )				
	2 その他へ電話 ( ) 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 あり・なし )			駐車スペース あり・なし	

	フリガナ	事業所名	電話番号 FAX 番号
ケアマネ ージャー	氏名		TEL FAX