

訪問歯科診療申込書

必要事項をご記入の上、FAX 0586-52-6169 までお送りください。

ご依頼内容		<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 口腔ケア		
申込年月日 年 月 日					
申込者様	様(患者様とのご関係:)TEL:				
患者様 氏名	フリガナ		男 ・ 女 様	生年月日	年齢
				明・大・昭・平 年 月 日	歳
訪問先 住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入居先(施設名:) 〒 TEL: FAX:				
患者様はどんな状態(環境)ですか?		※感染症⇒あり()・なし			
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり(15分くらい座っていることが出来る)		<input type="checkbox"/> 自力で移動出来る <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要			
訪問診療希望日時を教えてください(希望日に○、不可な日に×)					
月	火	水	木	金	備考(その他サービス時間、詳細予定など)
午前					訪問先の駐車スペース <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
午後					家族立ち合い希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現在の問題点		<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 義歯を作りたい <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた	<input type="checkbox"/> 歯周病・口腔ケア <input type="checkbox"/> 齒茎が腫れている <input type="checkbox"/> 齒茎から出血がある	
既往歴 ※かかりつけ医と 情報共有をさせて いただきます		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器を装着している <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法をおこなっている <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制剤投与中 <input type="checkbox"/> 感染性内膜症のハイリスク <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 血液凝固阻止剤投与中 <input type="checkbox"/> HIV 感染症			
主治医		担当医: 先生		TEL:	
		病院名:		FAX:	
ケアマネージャー		事業所名:		TEL:	
		担当者氏名:		FAX:	
キーパーソン		氏名:		続柄:	
		住所:		TEL:	
		訪問歯科申し込みについてご許可は頂いておりますか? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他 注意事項					
添付書類		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 受給者証(マル福、特定医療など) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> お薬手帳			

ご不明な点は **0586-52-4001** までお問い合わせください

医療法人内和会 訪問歯科診療部