

## 歯科訪問診療申込書

TEL : 0766-26-1182/ FAX:0766-21-2873

歯科訪問診療を受診するにあたり、下記内容に同意して申込致します。

健康保険被保険者証、高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認

訪問先住所	〒 ー		
患者様氏名	フリガナ		
	様 歳 男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	電話		FAX
主訴	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がゆれている <input type="checkbox"/> 嚥下評価希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・落ちる <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現病歴 及び既往歴	<input type="checkbox"/> 介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 感染症 無・有 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位： ) <input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
御依頼者様 氏名 連絡先	様 患者様との続柄 ( ) TEL : FAX :		
緊急連絡先	TEL 氏名 様 続柄： ( )		
介護事業所	事業所名： 連絡先： 担当ケアマネージャー：		
内科	医院名： 連絡先：		
訪問可能日時	木・日 ( AM ・ PM ・ 終日 ) 特記事項		
駐車スペース	有・近くに有・無		
ご家族様氏名	フリガナ		続柄
住所	〒 ー TEL ( ) ー 携帯TEL ( ) ー		
ご家族様への連絡可能時間帯 曜日 時頃 ・ 随時			
ご連絡事項			
以下医院記入欄			
初回訪問日	年 月 日 ( ) : ~		