訪問歯科診療申込書

申込日:　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日(　歳)
氏名				
住所				
往診先	○居宅　○病院・施設等(　)			
	住所			
	TEL　(　)　駐車スペース（ 有 ・ 無 ）			
寝たきりの原因になった疾患	・脳血管疾患　・心疾患　・神経系疾患 ・その他(　)			
その他の疾患	・高血圧　・糖尿病　・肝臓疾患　・腎疾患 ・その他(　)			
主治医名	氏名　(　病院　科)	TEL　(　)		
	氏名　(　病院)	TEL　(　)		
担当ケアマネージャー名:	TEL　(　)			
居宅介護支援事業所名:	TEL　(　)			
かかりつけ歯科医: （ 有 ・ 無 ） 歯科医師名				
介護認定	有（介護度:　）	訪問時立会予定者	家族　（続柄:　）	
	無		その他介護者 （　）	
どうなさいましたか（主訴）	○入れ歯が合わない　○入れ歯が壊れた　○新しい入れ歯を作りたい ○歯が痛い　○歯ぐきがはれている ○その他(			

利用者の状況

服用中の薬を確認させていただくことがありますのでご用意お願い致します。

寝たきり度　1) 寝たきり　2) 準寝たきり　3) その他(　)

感染症の有無　1) 有(　)　2) 無

食事形態　1) 普通食　2) ミキサー食　4) その他(　)

義歯装着　1) 有　作成時期(　)　2) 無

口腔清掃　1) 毎日　2) 時々　3) してない

うがい　1) できる　2) できない

その他 連絡事項等	

※上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

申込み先

保富歯科医院

〒590-0143　堺市南区新檜尾台3丁6−8

TEL:072-294-1616

FAX:072-294-1636

申込者氏名:　㊞

本人との続柄:

TEL:　(　)

保富歯科医院