

歯科訪問診療申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
受診者 氏名						
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (名称 : _____ 部屋番号 _____ 号室)					
	<input type="checkbox"/> 病院 (名称 : _____ 科)					
	住所	〒 _____	駐車スペース	有 ・ 無		
			場所			
日常介護されている方 (施設ご入居の場合はキーパーソン)		(続柄 _____)				
住所	<input type="checkbox"/> 訪問先と同じ (同居)			TEL		
	<input type="checkbox"/> 別居 〒 _____			携帯		
既往歴 (基礎疾患)	・ 脳血管障害 (後遺症 有・無) ・ 糖尿病 (インシュリン注射 有・無) ・ 心臓病 (ペースメーカー 有・無) ・ 腎臓病 (人工透析 有・無) ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ パーキンソン病 ・ 認知症 ・ 癌 (_____) ・ 骨粗鬆症 (薬の服用 有・無 / 注射 有・無) ・ 酸素ボンベ使用 (有・無) ・ その他 (_____) 詳細 (_____)					
感染症	有 (B型 ・ C型 ・ その他 [_____]) ・ 無					
主治医	①	病院 _____ 科 _____	先生 _____	TEL _____		
	②	病院 _____ 科 _____	先生 _____	TEL _____		
担当ケアマネジャー	氏名 _____	様 _____		TEL _____		
	事業所名 _____			携帯 _____		
				FAX _____		
介護認定	要支援	1 ・ 2	割	保険証	国保 ・ 前期高齢 ・ 後期高齢 ・ 社保 _____ 割	
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			生保 ・ 重度心身障害者 ・ こども医療 _____	
ご利用中のサービス		訪問可能日		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		
		訪問可能な時間		: ~ :		
通院困難理由		脳疾患 ・ 心臓疾患 ・ 骨折 ・ 関節リウマチ ・ 認知症 その他 歩行困難な疾患 (_____)				
歩くことは可能ですか		自立 ・ 杖歩行 ・ 手押し車 ・ 車椅子 ・ 不可能				
身体を起すことは可能ですか		可能 ・ 不可能 ・ その他 (_____)				
意思の疎通は可能ですか		可能 ・ 不可能 ・ 筆談なら可能 ・ その他 (_____)				
どうなさいましたか (主訴)				ご自身の歯	有 ・ 無	
				入れ歯	有 ・ 無	
お食事の現状について ついてお聞きします		摂取方法 (経口摂取 ・ 胃ろう ・ その他) 形状 (普通食 ・ 一口大 ・ きざみ ・ パースト) 誤嚥性肺炎と診断されたことがある (はい・いいえ) 水分にとろみ (あり・なし)				
ご依頼者 氏名			TEL _____	携帯 _____		
受診者とのご関係	ご家族様 ・ ケアマネジャー様 ・ その他 (_____)					
ご依頼内容	治療 ・ 口腔ケア ・ リハビリ ・ 飲み込み ・ 健診 & ご相談 ・ その他 (_____)					

お手数ですが上記項目をご記入の上、下記までFAXをお願い致します。

FAX : 047-407-1463

浅賀歯科クリニック TEL : 047-442-5005