

訪問歯科診療申込書

お申込み日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日生
ふりがな			
ご訪問先住所	(〒 -)		
当医院への 通院歴	<input type="checkbox"/> あり (最終ご来院日: 頃) <input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (名称:) <input type="checkbox"/> なし		
通院が難しい理由 (病名など)			
症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 検診が受けない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご訪問 希望日時	▶第3希望までご記入ください。 第1希望 令和 年 月 日 時頃		第2希望 令和 年 月 日 時頃 第3希望 令和 年 月 日 時頃
居宅介護支援 事業所名			TEL: - -
ふりがな		続柄	ご依頼主様連絡先
ご依頼主様 氏名			TEL: - -

▽ 以下、分かる範囲でお答えください。

Q1. 現在病気の治療中ですか? はい (病名:) いいえ

Q2. かかりつけの病院 (歯科医院以外) はありますか?

ある (名称:) ない

Q3. これまでに大きな病気にかかったことはありますか?

ある (病名:) ない

Q5. 現在服用中の薬があればご記入ください。※できるだけすべてのお薬をお知らせください。

--

Q5. 要介護認定は受けていますか?

認定あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 認定なし

Q6. お食事の形態について教えてください。

普通食

介護食 (常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)

非経口 (胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他 ())

Q8. 身体の状態について教えてください。

① 意思の疎通 良好 やや不良 不良

③ 口をあける 良好 やや不良 不良

② 起き上がり 良好 やや不良 不良

④ うがい 良好 やや不良 不良

ご協力ありがとうございました。



印西 森のはいしゃさん
Dental Clinic

FAX : 0476-36-5559