

訪問歯科診療申込書

[お申し込み] ファックス：06-6871-7779 電話：06-6871-7788 メール：nogamidc.jimu@gmail.com

※事前にファックスやメールができない方は、当日に記載していただきますので、お電話にて連絡をください。

申 込 者		住 所			
		氏 名		TEL () -	
お申込み 年 月 日		令 和 年 月 日		受診者とのご関係	
訪問先	フリガナ				
	氏 名	(男 ・ 女)			
	生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭) 年 月 日 (歳)		連絡先 () -	
	住 所			駐車スペース	有 ・ 無
		自 宅 ・ 施 設 ・ 病 院		(施設名)	
	介護保険認定	申請中 (申請日:)		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	保険の種類	1. 国保 2. 社保 3. その他 (生保等)		後期高齢者 有 ・ 無	
ご依頼内容		治 療 ・ 口 腔 ケ ア			
お申し込み理由 (主 訴)		1) 歯が痛い 2) 歯ぐきがはれている 3) 出血している 4) 入れ歯が壊れた・合わない・痛い・新しくしたい 5) 口臭がある 6) 口腔清掃ができない 7) その他 *いつから 月 日			
かかりつけ歯科医院の有無		有 ・ 無		医 院 名	
TEL		() -			
病気の経歴		☐ 脳血管疾患 ☐ がん () ☐ 心疾患 ☐ 認知症 ☐ 糖尿病 ☐ パーキンソン病 ☐ 高血圧 ☐ その他		< 特記事項 >	
全身状態		感染症の有無	1) 有 () 2) 無		
		常用薬の有無	1) 有 () 2) 無		
		仰臥状況	1) 寝たきり 2) 準寝たきり 3) その他		
		移動状況	1) 全介助 2) 一部介助 3) 自立		
		意思の疎通	可 ・ 不可		
		座位保持	1) 可能 2) 短時間可能 () 分 3) 不可		
口腔状態		食事様式	(自力 ・ 部分介助 ・ 全介助)		うがい (可 ・ 否)
		食事形態	1) 普通食 2) きざみ 3) とろみ 4) ペースト 5) 胃ろう		
訪問状況		無 ・ 有	(医 師 ・ 看 護 師 ・ 保 健 師 ・ ヘルパー ・ ケアマネージャー) その他 ()		
介護者		お名前			TEL () -
		続 柄	1) 本人 2) 家族 3) 介護・病院関係者 4) その他 ()		
主治医		医院名	主治医名		TEL () -
ケアマネージャー		所属先	氏 名		TEL () -

