

歯科訪問診療申込用紙

依頼日 年 月 日

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------|------|--------------------|--|-------|--|
| 患者氏名 | フリガナ | 男 女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | | | |
| | | | | 年 月 日 (歳) | | | |
| 訪問先 | <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 施設 (名称 : _____) 〒 _____ TEL _____ | | | | | | |
| | 連絡先 <input type="checkbox"/> 患者様へ <input type="checkbox"/> 下記の依頼者様へ | | | | | | |
| 主 訴 | <input type="checkbox"/> 痛み (歯・歯肉・舌) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> ものがよく咬めない <input type="checkbox"/> 義歯が合わない・壊れた <input type="checkbox"/> 義歯新製希望 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 被せものが取れた <input type="checkbox"/> その他 *いつ頃から、どのあたりが、ご要望など具体的にご記入ください | | | | | | |
| 全身疾患 | <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 外傷・骨折 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> アレルギー : _____ <input type="checkbox"/> その他 : _____ | | | | | | |
| 投薬状況 | *使用している薬をご記入ください | | | | | | |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 障害等級 _____ 級 <input type="checkbox"/> 申請中 | | | | | | |
| 保険種類 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 : _____ | | | | | | |
| かかりつけ医療機関名 | | 主治医名 | | TEL | | 特記事項 | |
| | | | | | | | |
| かかりつけ歯科医療機関名 | | 歯科医師名 | | TEL | | 最近の受診 | |
| | | | | | | ヶ月前 | |
| 希望日時 | <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり → 月 火 水 木 金 土 午前・午後 時 ~ 時 | | | | | | |
| 依頼者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 他の親族 <input type="checkbox"/> 病院関係者 <input type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> その他 : _____ | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名(担当者名) | | | 続 柄 : 家族 (_____) | | | |
| | 事業所等名 | | | 職種名 | | | |
| 連絡先 TEL | | | FAX | | | | |