

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			