

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 (KP)			続柄		
住所	<input type="checkbox"/> 訪問先と同じ (同居) <input type="checkbox"/> 別居 〒 _____		TEL		
			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
	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				デイサービス先	_____
				ショートステイ先	_____
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
訪問可能日	午前	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	可能な時間帯	:	~ :
	午後	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		:	~ :
ご依頼者 氏名			TEL	携帯	
受診者との関係	ご家族様 ・ ケアマネージャー様 ・ 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 : 048-984-7633

浅賀歯科医院訪問事務局 TEL : 0120-814-464