

歯科訪問申込書・歯科医院 丸尾崎

お申込みはFAXで FAX: 0977-76-8782
 <FAXがつかない方はこちらまで> TEL: 0977-76-8786

お申し込み年月日: 20 年 月 日

依頼者(事業所・病院・家族)				担当者名			
電話番号: ()				FAX番号: ()			
患者氏名	フリガナ		性別	生年月日			年齢
	様		男・女	大・昭 平・令	年	月	日
電話番号: ()				FAX: ()			
住所	自宅 入所先(施設名)	大分県 市					
キーパーソン(介護者)	氏名			ご関係			
	住所						
	電話番号(自宅) - -			電話番号(携帯) - -			

主 訴 (現在気になっている症状)

該当する項目をすべてチェックしてください	<input type="checkbox"/> 主訴の部位のみの治療を希望する	<input type="checkbox"/> 現在の口腔内の状態を知りたい	<input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい
<input type="checkbox"/> 口腔内の状態を聞いたあとで治療の選択をしたい	<input type="checkbox"/> 必要な治療はすべて行ってほしい	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下リハビリテーション希望	<input type="checkbox"/> 定期的に口腔ケアをしてほしい

通院が困難な事情(原因の疾患名)

基礎疾患・既往歴

アレルギー食品	なし・あり()	アレルギー薬剤	なし・あり()
歩行状態	寝たきり・車椅子・歩行器・杖・自立	意思疎通	不可・困難・可能
座位保持	全介助・部分介助・自立・不可・不明	口腔ケア	全介助・部分介助・自立
移乗	全介助・部分介助・自立・不可・不明	ブクブクうがい	不可・困難・可能・不明
栄養方法	経口摂取・経管栄養	食事への意欲	あり・なし・不明
食形態	普通食・その他[]嚥下調整食(コード:)		水分へのとろみ付与 なし・あり

保険証の種類	国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・重度障害
介護度	認定なし・要支援()・要介護()

主治医院名(Dr名)	(先生)	電話番号	- -
------------	-------	------	-----

ケアマネージャー氏名	事業所名	電話番号	FAX番号
様		- -	- -

連絡方法	1. 患者宅へ連絡 2. 事業所へ連絡 3. 身内・知人・その他へ電話()様: TEL(- -)
連絡希望日時	

訪問日のご都合など		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	午前					
	午後					
駐車スペース	有・無					

連絡事項 ・伝えておきたいこと ・希望すること など	
-------------------------------------	--

ご提供いただいた情報は、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。