

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	明・大 昭・平 年 月 日	歳

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)

通院が困難な事情(原因の疾患名)

既往歴

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：)		

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・障害者
--------	---------------------------------

介護度	認定なし・要支援()・要介護()
-----	--------------------

主治医院名	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

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
------	-----------------------------