

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・令 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)

基礎疾患・既往歴

アレルギー	食品	なし・あり()	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[主食： 副食： 水分へのとろみ付与：あり・なし]・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	
-------------------------------------	--

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。

歯科医院 丸尾崎 〒874-0931 大分県別府市西野口町15-36
 TEL：0977-76-8786 FAX：0977-76-8782