

歯科訪問診療申込書

TEL/ FAX:06-6827-6000

歯科訪問診療を受診するにあたり、下記内容に同意して申込致します。

訪問先住所	〒 ー		
患者様氏名	フリガナ		
	様 歳 男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	電話		FAX
主訴	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がゆれている <input type="checkbox"/> 嚥下評価希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・落ちる <input type="checkbox"/> その他 ()		
現病歴 及び既往歴	<input type="checkbox"/> 介護度 () <input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 認知症 (脳血管性・アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 感染症 無・有 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位:) <input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()		
御依頼者様 氏名 連絡先	様 患者様との続柄 () TEL: FAX:		
緊急連絡先	TEL 氏名 様 続柄: ()		
介護事業所	事業所名: 連絡先: 担当ケアマネージャー:		
内科	医院名: 連絡先:		
訪問可能日時	月・火・水・木・金 (AM・PM・終日) 特記事項		
駐車スペース	有・近くに有・無		
ご家族様氏名	フリガナ		続柄
住所	〒 ー TEL () ー 携帯TEL () ー		
ご家族様への連絡可能時間帯 曜日 時頃・随時			
ご連絡事項			
以下医院記入欄			
初回訪問日	年 月 日 () : ~		