

## 訪問歯科診療申込書【在宅】

お申込み月日 平成 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	性別	男	電話番号		
			女	—	—	
生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日	年齢	歳		
住所	自宅 入所先 (施設名)	〒 市	同居者 (いる・いない)			
申込者または主たる介護者 (身元引受人) 氏名						
通院困難な理由						
保険証	種類	前期高齢者 後期高齢者 国保 社保本人 社保家族 生保 障害				
	保険者番号					
	記号・番号	記号	番号			
介護保険	あり 要支援1 要支援2	介護度	1	2	3	4 5
医療証	あり ( )					なし
ケアマネージャーのお名前	事業所			電話		
				FAX		
ご都合の悪い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間帯 お分かりになる範囲で 構いません						
理由 お分かりになる範囲で 構いません						
ご連絡方法	患者さま宅への電話 ・ ケアマネージャー様への電話 ・ ご依頼者への電話 その他 ( )					
駐車スペース	有 ・ 近隣のパーキング ・ 無					
	駐車スペースの地図を簡単に書いて下さい。					
往診ご希望日						

<依頼理由>

該当するものに✓をつけて下さい（複数回答可）

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い     | <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い   | <input type="checkbox"/> 検診をして欲しい |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた  | <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた  | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  |
| <input type="checkbox"/> 歯が抜けた    | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> 舌痛・舌の汚れ  |
| <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい | <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望   |
| <input type="checkbox"/> その他（     |                                   | ）                                 |

いつからですか？ 日・週・月前ぐらいから

※治療について急を要しますか？（はい・いいえ）

<患者さまの情報>

※内科、その他医療機関の主治医（ ）

※該当するものに✓および○をつけ、記入して下さい

- |  |  |                                 |   |
|--|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害（脳梗塞・脳出血 その他 | ）  | <input type="checkbox"/> アレルギー（ | ） |
| <input type="checkbox"/> 心疾患（心筋梗塞・狭心症 その他  | ）  | <input type="checkbox"/> 感染症（   | ） |
| <input type="checkbox"/> 高血圧               | <input type="checkbox"/> 腎疾患（                |                                 | ） |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症              |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ          | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患（               |                                 | ） |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病           | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（               |                                 | ） |
| <input type="checkbox"/> 変形症（腰椎・頸椎・膝関節）    | <input type="checkbox"/> 骨折（腰椎・大腿骨・膝関節など）    |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> 認知症               | <input type="checkbox"/> 精神疾患（統合失調症・ 重度の鬱状態） |                                 |   |

※服用されているお薬について記載して下さい。

[ ]

治療に対する希望

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 困っているところのみを治したい | <input type="checkbox"/> 悪いところを全て治療をしたい |
| <input type="checkbox"/> 継続的に診て欲しい       | <input type="checkbox"/> おおよその治療費が知りたい  |
| <input type="checkbox"/> その他（            | ）                                       |

ご記入者 連絡先（キーパーソン）

お名前

ご住所

電話番号

患者さまとのご関係（長男、孫など）

■ FAX 番号 06-7894-6481

お問合せ TEL：06-7894-6480 mail:info@yoshinaka-dc.com

〒564-0036 大阪府吹田市寿町2-5-7

ご提供頂いた情報は、診療を目的とした事柄においてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。