

訪問歯科診療申込書【在宅】

お申込み月日 令和 年 月 日

患者様 氏名	フリガナ	性別	男	電話番号		
			女	— —		
生年 月日	大正 昭和 平成 年 月 日			年齢	歳	
住所	自宅もしくはは入所先 〒 府・県 市 (施設の方は名称)			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 障害併用				
	保険者番号					
	記号・番号	記号	番号			
介護保険	あり・なし	要支援	1	2	要介護	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 ()					
駐車場	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

〒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。