

歯科訪問診療申込書

(患者さんへ) 歯科訪問診療を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください

申し込み日：平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成： 年 月 日生
訪問先住所	(〒 -) (☎： - -)		
ふりがな		患者との続柄	依頼者連絡先
依頼者氏名			☎： - -
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (名称：) <input type="checkbox"/> なし		
通院できない 理由 (病名)			
症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> つめもの等がとれた <input type="checkbox"/> その他 ()		
訪問希望日時 その他			

.....以下はわかる範囲でご記入ください.....

- かかりつけ医院・病院 あり (名称：) なし
- 現在かかっている病気 ()
- これまでかかった大きな病気 ()
- 服用中の薬 血液をさらさらにする薬 ()
骨粗しょう症の薬 ()
その他 ()
- 要介護認定 認定あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 認定なし
 [担当ケアマネージャー氏名と連絡先：]
- 食事形態 普通食 介護食 (常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)
非経口 (胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他 >>)
- 意思の疎通 良好 やや不良 不良
- 起き上がり 良好 やや不良 不良
- くちをあける 良好 やや不良 不良
- うがい 良好 やや不良 不良

送付先：名古屋市中区歯科医師会 歯科訪問診療申込窓口にファクシミリでお送りください
 ※歯科訪問診療申込窓口 藤井歯科医院 F A X (052) 265-6582 (2019年6月まで)