

# 訪問歯科診療申込書

記入日：R 年 月 日 記入者：

ふりがな

カルテNo：

名前：

様

紹介者：ケアマネ・家族（HP・外来）

支払方法：口座振替・現金・窓口

主訴	
どこが	
状態	
痛み	有 or 無
歯茎から出血	有 or 無
入れ歯	有 or 無

ケアマネージャー情報			
事業所名			
担当者名			
電話番号		FAX	
同席	毎回 or 初回のみ		

患者情報	
生年月日	(T・S・H) 年 月 日( 歳)
電話番号	
住所	〒
居住種類	独居 or 家族同居 or 施設入居
※施設入居の場合	施設名： 担当：
	TEL： FAX：
家の特徴	駐車スペース：有 or 無
全身疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> その他の病気( )
自立度	座位： できる or 支え必要 or できない
	意思疎通： できる or 時々できる or できない
	うがい： できる or できない
	麻痺： 有 or 無

保険証・服薬情報	コピー or FAX
フェイスシート	有 or 無
介護状態	要介護( )・ 要支援( )

家族情報			
キーパーソン氏名		続柄	
TEL		電話希望時間帯	

訪問希望曜日・時間帯							
曜日	月	火	水	木	金	いつでも	備考
AM							
PM							