

訪問歯科診療申込書

FAX 086-230-0659

診療場所	☐ ご自宅 ☐ 施設(施設名: _____) 号室)		
フリガナ		性別	生 年 月 日
患者様氏名	様 男 ・ 女 明・大・昭・平		年 月 日生 (歳)
フリガナ			連絡先
患者様住所	〒		自宅 : () 携帯 : ()
フリガナ		続柄	連絡先
ご家族様氏名	様		自宅 : () 携帯 : ()
ご請求先	〒 ※上記患者様住所と同じ場合は記入不要です ※1ヶ月分をまとめて翌月にお振込みをしていただきます。		
症状(主訴)	☐ 歯が痛い() ☐ 虫歯がある() ☐ 詰め物・被せ物が取れた()		
	☐ 歯がしみる ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 歯がグラグラする		
	☐ 歯石を取ってほしい ☐ 入れ歯が合わない ☐ その他()		
義歯の使用	上 ☐ あり ☐ なし 下 ☐ あり ☐ なし ☐ 総入れ歯 ☐ 部分入れ歯		
うがい	☐ 可 ☐ 不可 ☐ 介助必要	座位保持	☐ 全介助 ☐ 部分介助 ☐ 自立
感染症	☐ 無 ☐ 有 (☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 梅毒 ☐ MRSA ☐ HIV ☐ その他 ()		
現病歴 既往歴	☐ 認知症 ☐ 脳梗塞 ☐ くも膜下出血 ☐ 高血圧 ☐ パーキンソン病 ☐ 糖尿病 ☐ 心筋梗塞		
	☐ 心室細動 ☐ その他()		
服薬	※お薬手帳のコピーでも可		
介護保険認定	☐ 認定あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 認定なし		
現在の身体の状況	☐ 寝たきり ☐ 車いす ☐ つえ歩行 ☐ 長時間の歩行不可 ☐ 自立歩行 ☐ その他()		
認知症	☐ 有 ☐ 無	肺炎の既往	☐ 有 ☐ 無
食事形態	☐ 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)		
意思疎通	☐ できる ☐ できない ☐ その他()		
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 ☐ 日曜日 ☐ 祝日		
ご都合の悪い時間	☐ 午前() ☐ 午後()		
訪問日のご希望事項		駐車スペース	☐ 有 ☐ 無
診療についてご希望等 (伝えておきたいこと)			

担当 ケアマネージャー様	事業所名	お名前 連絡先 ()	様
-----------------	------	----------------	---

※ご自宅又は居宅系施設ご利用の場合は居宅療養管理指導提出の為、担当ケアマネージャー様のご記入をお願い致します。

※ご提供いただいた個人情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。

リーフ歯科クリニック 〒700-0944 岡山市南区泉田3丁目2-15 TEL 086-230-0648