

訪問歯科診療申込書

平成 年 月 日

申込者氏名 電話()	依頼人との関係
----------------	---------

依頼人情報

ふりがな 氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(満 歳)
住所 〒 電話 () ※連絡の取れる連絡先をご記入ください。 同居者(いる・いない)
介護保険 認定なし・認定あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 利用中の介護サービス施設()
かかりつけ歯科医院 ()・なし

《受診者の情報》

※内科、その他医療機関の主治医()

※現在の他科疾患の既往歴(外出困難に至った主病名に◎を、該当するもの全てに○をしてください)

脳血管障害(脳梗塞・脳出血・その他) 糖尿病 関節リュウマチ
心臓疾患(心筋梗塞・狭心症・その他) 高血圧 腎臓疾患()
肝臓疾患(A型・B型・C型・慢性肝炎・その他) パーキンソン病
アレルギー() 骨粗しょう症(投薬名;)
感染症() 関節痛(腰・膝関節・股関節・その他)
悪性新生物()
認知症(なし・あり 意思疎通可・あり 意思疎通不可) その他()

※座った状態で治療できますか？ (はい・いいえ)

《備考》訪問希望曜日時等

()

【依頼理由】 該当するものに○をしてください。

歯が痛い 歯ぐきが腫れた ものが良く噛めない 入れ歯が合わない
入れ歯が壊れた 歯が抜けた 入れ歯を新しくしてほしい 食事中むせる
口臭が気になる 飲み込みづらい 口が渇く 口腔ケアをしてほしい
健診をしてほしい 舌が痛い・舌の汚れ その他()

いつからですか？日・週・月くらい前から

※治療について急を要しますか？ (はい・いいえ)

港区在宅歯科ケアステーション Fax (06)6599-0526

(ひらお歯科内)