# 訪問歯科診療 治療・口腔ケア申込書

# FAX. 0586-52-6169

必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号までお送りください

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ご依頼内容 | □治療　□口腔ケア | | | | |
| お申込年月日　年　月　日 | | | | | |
| 患者様氏名 | フリガナ | 男・女 | 生年月日 | 年齢 | 電話番号 |
| | 様 | | 明・大・昭・平　年　月　日 | 歳 | |
| 訪問先住所 | □自宅　□入所先(施設名:　) | | | | |
| | 〒 | | | | |
| 患者様はどんな状態(環境)ですか？　※感染症 ⇒ 有 (　)・無 | | | | | |
| □寝たきり　□寝たり起きたり(15 分くらい座っていることが出来る)　□自力で移動出来る　□移動に介助が必要 | | | | | |

訪問診療希望日時を教えてください（希望日に○、不可な日に×）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---|---|---|---|---|---|
| 午前 | | | | | |
| 午後 | | | | | |

訪問先の駐車スペース
□有　□無

家族立ち合い希望
□有　□無

| | |
|---|---|
| 現在の問題点 | □歯が痛む　□義歯が合わない　□歯周病・口腔ケア<br>□歯が欠けた　□義歯を作りたい　□歯茎が腫れている<br>□歯が取れた　□義歯が壊れた　□歯茎から出血がある<br>□その他(　) |
| 既往歴 | □認知症　□高血圧　□脳梗塞　□糖尿病　□骨粗鬆症　□リウマチ<br>□心筋梗塞　□がん　□その他(　) |
| 主治医 | 担当医名:　先生　連絡先 TEL: |
| | 病院名: |
| その他注意事項 | |
| 診療内容についての相談・確認・ご連絡先 | □本人　□家族(　)　□その他(　)<br>□ケアマネ(　)　□施設担当者(　) |
| 添付書類 | □健康保険証　□受給者証(マル福、特定医療など)　□限度額適用認定証<br>□介護保険証　□介護負担割合証　□生活保護　□お薬情報 |

| | |
|---|---|
| ご依頼者様氏名 | |
| 患者様との関係 | □家族(　)　□その他(　)<br>□ケアマネ(　)　□施設担当者(　) |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL:　FAX: |

**治療計画書類などの送付先**　□ご依頼者様と同じ　□ご依頼者様と異なる(下記に記入)

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 患者様との関係 | □家族(　)　□その他(　)<br>□ケアマネ(　)　□施設担当者(　) |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL:　FAX: |

ご不明な点は☎0586-52-4001までお問い合わせください

**医療法人福内会　訪問歯科診療部**