

訪問歯科診療申込用紙

※お分かりになる範囲でご記入の上、FAXにてお送り下さい

お申込日 ____年__月__日

フリガナ		性別	生年月日			
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平・令 ____年__月__日			
ご住所	(〒 -) (☎: - -)					
保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 福祉給付金 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
介護認定	<input type="checkbox"/> あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中					
主訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> つめもの等が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 口腔ケアをして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()					
通院できない理由						
現在および過去のご病気						
感染症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
主治医	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
服用中の薬	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬 <input type="checkbox"/> その他 ()					
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (軟菜食・刻み食・ミキサー食・ゼリー食) <input type="checkbox"/> 非経口 (胃ろう・経鼻・静脈栄養)					
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良					
起き上がり	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良					
うがい	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良					
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
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
理由						
その他 注意事項						
ご依頼者様	事業所名		TEL			
	お名前		FAX			



なな歯科

FAX: 0568-39-4477