歯科訪問診療　申込用紙

ＦＡＸ　082-426-5514

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 歳
現住所	〒　　－		

連絡先	自宅・本人	代理人（緊急）連絡先	ケアマネージャー様
	（　　）	（　　）	氏名　： ＴＥＬ：

保険証の種類について	□国保　□社保　□前期高齢　□後期高齢　□生活保護　□原爆手帳
介護認定状況	自立　　要支援（1・2）　　要介護（1・2・3・4・5）
往診希望日	（複数回答可）月　火　水　木　金　土　　午前を希望　午後を希望

◆歯について

いかがされましたか？

□入れ歯が合わない　□入れ歯が壊れた　□歯が痛い　□被せ詰め物が取れた　□歯茎が腫れている
□歯がグラグラしている　□口臭がする　□飲み込みにくい
□ その他（　　）

◆通院困難なご事情

病歴についてお教え下さい。

□肺炎　□結核　□糖尿病　□高血圧　□心疾患　□脳梗塞　□肝炎（Ｂ型・Ｃ型）□腎炎（人工透析等）

［　　］

感染症	□無し　□有り
意思疎通	□可能　□困難
歩行	□可能　□困難

◆お薬・治療状況について

現在服用中の薬剤はありますか？　□ ない　□ ある

薬剤名（　　）

◆以下の質問にお答えください。

・訪問先は上記現住所と同一ですか？　はい・いいえ
・訪問先に普通車を駐車するスペースはありますか？　はい・いいえ
・現在患者様は経口チューブ、胃瘻などの医療機器を装着していますか？　はい・いいえ
・歯科訪問診療について本人、ご家族の同意が得られていますか？　はい・いいえ

◆当医院へのご要望など

他、当医院へのご要望、伝えておきたいこと等がありましたら教えてください。

（　　）

※担当の方へのお願い：本人、ご家族から訪問診療の承諾をお願いします。
※ＦＡＸでお申し込みの方は、折り返しお電話いたします。