

# 訪問歯科診療申込書

お申し込み日： 年 月 日

ふりがな				性別
患者様名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日 才
ご住所 (訪問先)	〒 -			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
電話番号				
駐車場	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 ( )			
同居の家族	<input type="checkbox"/> 有 お名前 ( ) 続柄 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
保険証	<input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中			
申し込み理由 (主訴)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯茎から出血している <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を新製したい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
現病歴/ 既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> がん ( ) <input type="checkbox"/> 脳疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
常備薬	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
主治医	医院名：	主治医名：	TEL：	
訪問状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
全身状態	仰臥状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	移動状況	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	うがい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
訪問希望日時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも可			
ご依頼者様	お名前： ( <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ご本人 ) ご連絡先：			
ご担当 ケアマネージャー様	お名前： 事業所名： TEL：			