

訪問歯科診療お申込み用紙

お申し込み日： 年 月 日

種別	治療 : 無料検診									
ふりがな						性別				
患者様名						口男 口女				
生年月日	口大正 口昭和 口平成 口令和		年 月 日		才					
ご住所(訪問先)	〒									
電話番号			ご請求		手渡し・振込					
駐車場	口有() 口無()									
同居の家族	口有 お名前()		続柄()		口無					
保険証	口前期高齢 口後期高齢 口社保 口国保 口生保 口障がい 口その他()									
介護認定	有・無		要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)		認定中			
現在・過去のご病気	有・無		心臓・肝臓 (口A型 口B型 口C型)・糖尿 (インシュリン有・無)							
			肝臓・心筋梗塞・腎臓(透析 有・無)・その他							
通院困難な理由	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳疾患(脳梗塞・脳卒中・脳溢血) <input type="checkbox"/> 変形症(腰椎症・関節症・膝関節症) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> ALS(筋萎縮性側索硬化症) <input type="checkbox"/> 筋萎縮症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 頸椎症性脊髄炎 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯硬化症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 骨折(圧迫・腰椎・頸椎・関節・膝関節・大腿骨) <input type="checkbox"/> その他 ()									
申し込み理由(主訴)	口腔状態		全身状態							
	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> その他 ()		仰臥状況	口寝たきり		口準寝たきり				
			移動状況	口全介助		口一部介助		口自立		
			認知障害	口有		口無				
			聴覚障害	口有		口無				
			言語障害	口有		口無				
意思表示			口可		口不可					
ご都合の良い日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜			
ご都合の良い時間	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後			
ご依頼者様	お名前 (口ケアマネージャー 口ご家族 口ご本人) ご連絡先									
ご担当ケアマネージャー様	お名前		事業所名							
	TEL		FAX							
立ち合い	口有		口無							
主治医	医院名		主治医名		TEL					
<p>「ご用意物」： 診療をスムーズに実施するため、初回訪問日時が確定した際には、フェイスシートを当院までFAXもしくは郵送でお送りいただけますと幸いです。</p> <p>※当院では、提供頂いた個人情報を歯科問診診療上においてのみ使用し、それ以外の目的において使用、開示する事はございません。※当日は医療・介護保険証、介護負担割合証、お薬手帳の4点をご用意ください。</p>										
<p>医療法人社団 なか歯科クリニック TEL:080-9201-9769 FAX :03-6913-3806 〒177-0033 東京都練馬区高野台1丁目8-18 TMビル1F</p>										