

訪問歯科診療 情報提供書 兼 申込書

【各施設及び事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒にFAXしていただくか、診療にお伺いした際に訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、**各保険証には有効期限**があります。**新しく更新された際は新しい保険証のコピー**をご用意頂きます様、お願い申し上げます。

ご依頼者 情報	事業所名	(ケアマネ・他)	電話番号	() -
	御氏名		FAX	() -
	ご住所			

患者様 情報	ふりがな			記入日	20	年	月	日	
	患者様氏名	様		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
	入れ歯作製や抜歯の際に 連絡をさせて頂くご連絡先	氏名： (続柄)		電話 ()	-				
		ご住所 〒		駐車場 (有・無)					
	患者様の訴え (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> ・無料検診をしてほしい ・入れ歯が合わない ・入れ歯を作りたい ・入れ歯が壊れた ・歯が痛い ・虫歯がある ・歯に穴が開いている ・歯が動いている ・歯肉から出血がある ・口臭がある ・定期的な口腔清掃 ・飲み込みの相談 ・その他 () 							
	患者様の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり ・寝たきりおきたり ・移動できる (自力で・介助して) ・その他 () 							
	訪問診療するために 歯科医院に通えない又は 通にくい理由となる 現在・過去の病気	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管障害 (脳梗塞・脳出血等) ・関節症、リウマチ等 ・麻痺 ・パーキンソン病 ・糖尿病 ・過去に骨折の経験あり ・骨粗鬆症 ・心筋梗塞 ・高血圧 ・その他 () 感染症 (有・無) ・肝炎 (C型 / B型) ・梅毒 ・HIV ・MRSA 							
	認知症に関して	(有・無)	歩行	歩行不可能・歩行困難 (介助・車椅子)					自力歩行
	食事	普通食・介護食 ()		経管栄養	うがい	可能・要注意・不可能			
	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5		負担割合	割	特定医療費 受給者証	無・有		
	医療保険証 (健康保険証)	生活保護		医療費受給者証	1割負担 (後期高齢者等)		3割負担		
	内科・主治医	医院名：		電話 ()	-				
		担当医師名：		FAX ()	-				
	ご都合の“良い”曜日と時間 帯に○をつけてください	月	火	水	木	金	土		
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
特記事項 (ご希望等)									

※初回のご希望に○をつけてください (初回無料検診希望 ・ 初回から診療希望)

上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAXしてください。折り返しご連絡致します。