

訪問歯科診療 情報提供書 兼 申込書 TEL0566-95-8633/FAX0566-99-3623

【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		性別	記入日	20 年 月 日	
	患者様氏名	様	男・女	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)	・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	・寝たきり ・寝たきりおきたり ・移動できる(自力で・介助して) ・麻痺：有(右・左・上・下) ・無				
	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	アレルギー：無 ・ 有(薬品名・食べ物：) 感染症：無 ・ 有(B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ MRSA ・ その他()) 1.脳障害 : 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ クモ膜下出血 ・ その他() 2.心・血管系疾患 : 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 高血圧(血圧 / mmHg) ペースメーカー使用(有・無) 3.神経系疾患 : パーキンソン病 ・ 認知症 ・ てんかん ・ 脳性麻痺 ・ その他() 4.呼吸器系 : 喘息 ・ 気管支炎 ・ 肺炎腫 ・ 肺炎 ・ その他() 5.代謝系疾患 : 骨粗鬆症 ・ 糖尿病(血糖値 mg/d l ・ヘモグロビンHbA1c %)) 6.自己免疫疾患 : 関節リウマチ ・ ベーチェット病 ・ その他() 7.外傷 : 脳挫傷 ・ 頸椎損傷 ・ 脊椎損傷 ・ その他() 8.肝疾患 : 肝炎 ・ 肝機能障害 ・ その他() 9.腎疾患 : 腎不全 ・ 腎機能障害 ・ その他() 10.その他 : ()				
	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		
	栄養	経口摂取：常食・軟食・刻み食・とろみ刻み食・ミキサー食・半固形食(ゼリー食) 水分(トロミ：有・無)				
		非経口：胃ろう・経鼻経管栄養・IVH(高カロリー輸液)		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	木	金	土
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)						

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。