

訪問歯科診療申込書

医療法人濱碇会

みつわ山口歯科クリニック

FAX0566-99-3623

※お分かりになる範囲でご記入の上FAXにてお送りください。折り返しご連絡致します。TEL0566-95-8633

お申込み日 年 月 日

【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、介護負担割合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スタッフにお渡しください。
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いただきます様、お願い申し上げます。

ご依頼者様情報	事業所名		TEL	() -
	御氏名	(ケアマネ・他)	FAX	() -

※ご連絡方法：患者様宅へ連絡・身内()の方へ連絡・事業所様へ連絡・その他() ※当医院外来通院歴(有・無)

患者様情報	ふりがな					性別	明・大・昭・平 (歳)		
	患者様氏名	様				男・女	生年月日	年 月 日	
	訪問先住所	□自宅(□独居 □家族と同居) □施設(名称)							
		ご住所〒 - TEL () - エレベーター(有・無)							
		駐車スペース(有・無)							
	キーパーソンのご連絡先	御氏名： 様(続柄)				TEL：() -			
		ご住所：							
	担当ケアマネージャー様	事業所名：				TEL：() -			
		御氏名： 様				FAX：() -			
	介護保険証	介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中						
		介護区分	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5				負担割合	割	
	医療保険証	・国保 ・社保 ・2割負担 ・3割負担 ・1割負担(後期高齢者) ・生保 ・障害 ・福祉							
	初回のご希望 患者様の訴えに ○をお願いします。	・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							
	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())							
	通院困難な理由 病歴	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 ・てんかん ・脳性麻痺 ・その他() 4. 呼吸器系： ・喘息 ・気管支炎 ・肺気腫 ・肺炎 ・その他() 5. 代謝系疾患： ・骨粗鬆症 ・糖尿病(血糖値 mg/dl 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	ランク	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV
	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			
内科・主治医	医院名					TEL	() -		
	担当医師名					FAX	() -		
ご都合の"良い"曜日と時間帯に○をお願いします	月	火	水	木	金	土	※週間サービスのわかる書類 服薬情報がありましたら、 添付して頂けると助かります。		
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後			
その他注意事項									