

訪問歯科診療申込書

医療法人 済成会

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()

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	口自宅（口独居 口家族と同居）口施設（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							
	義歯（有り（上・下）・無し）		最終歯科受診（ 年 月 日 ）※当医院外来通院歴（有・無）						
	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									