

訪 問 歯 科 診 療 申 込 書

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所		TEL ()	
往診先	○居 宅 ○病 院・施 設 名 ()		
	住 所	TEL ()	駐車スペース (有・無)
寝たきりの原因なった疾患	・ 脳血管疾患 ・ 心疾患 ・ 神経系疾患 ・ その他 ()		
その他の疾患	・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓疾患 ・ 腎疾患 ・ その他 ()		
主治医名	氏名 (病 院 科)	TEL ()	
	氏名 (医 院)	TEL ()	
担当ケアマネジャー名：		TEL	()
居宅介護支援事業所名：		TEL	()
かかりつけ歯科医 (有 ・ 無) 歯科医師名			
介護認定	有 (介護度：)	訪問時立会予定者	ご家族 (続柄)
	無		その他介護者 ()
どうなさいましたか (主 訴)		<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 口腔ケアをしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用者の状況			
服薬の有無	1) 無 2) 有 (薬品名：)		
通院困難理由	1) 寝たきり 2) 車イス 3) その他 ()		
感染症の有無	1) 有 (肝炎・その他 []) 2) 無		
食事形態	1) 普通食 2) ミキサー食 3) その他 ()		
義歯装着	1) 有 (総入れ歯・部分入れ歯) 2) 無		
口腔清掃	1) 毎日 2) 時々 3) してない		
うがい	1) できる 2) できない		
その他 連絡事項等			

※ 上記項目で不明な箇所については空欄のまま提出ください。

申込み先
 いたや歯科クリニック
 〒181-0002 三鷹市牟礼3-8-18
 TEL/FAX 0422-42-4182
 E-mail info@itaya-dc.com

申込者氏名 _____ (印)
 本人との続柄 _____
 TEL _____ () _____