

歯科訪問診療申込書

下記の欄の解る箇所は全てご記入ください。

ふりがな		性別	※生年月日	年齢
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日	
住所	〒			血液型 型
TEL :		携帯番号 :		
病名と現在の 状況を詳しく お書き下さい	(病名)	(状況)		
申込者氏名			続柄	
要介護認定を取られている方はご記入下さい (要介護度) 1・2・3・4・5		要支援認定をとられている方はご記入下さい (要支援度) 1・2		
介護保険 負担割合		割		
主な介助者(キーパーソン) :		様		

保険証・介護保険証は、コピーを当院までFAX(072-468-6405)か、ozakishikaiinn@gmail.comまで画像添付(写メ)にてお送りください。

訪問歯科診療にお伺いするにあたり、ご希望の曜日・時間帯等がございましたら、ご記入下さい。

※ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

	第一希望	第二希望	第三希望
曜日			
時間帯			

在宅のご家族の皆様へ ……介護支援専門員様と当院にて連絡を行い、必要書類を頂くよう手配させていただきます。

介護支援事業者の皆様へ ……お手数ですが、フェイスシートと週間サービス表も同封お願い致します。
(恐れ入りますが初めての事業者様は介護支援事業者名とコードをお教えください)

訪問診療問診表

年 月 日

どうされましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯が痛い（しみる・ひびく） ・ 歯ぐき（痛い・出血・腫れている） ・ 詰めていたものが取れた ・ 入れ歯（痛い・壊れた・作りたい） ・ 定期的な口腔ケアを希望 ・ 摂食・嚥下リハビリを希望（自力で食事をとりやすくするリハビリ） ・ その他（ ） 							
それはどこですか	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">左上</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">上前</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">右上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左下</td> <td style="text-align: center;">下前</td> <td style="text-align: center;">右下</td> </tr> </table>		左上	上前	右上	左下	下前	右下
左上	上前	右上						
左下	下前	右下						
特記すべき感染症	HIV(有・無) 肝炎(有：A型 B型 C型・無)							
利用者様の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意識障害<コミュニケーション可能か否か> (有・無) ・ 聴力障害 (右有・左有・無) ・ 麻痺 (右有・左有・無) ・ 視力障害 (右有・左有・無) ・ うがい (可・否) ・ 嚥下むせ (有・時々有・無) ・ 肺炎の既往 (なし・あり<いつ頃 >) ・ 言語障害 (有・無) ・ 認知症 (無・軽度・中度・重度) ・ 食事 (普通・軟食・きざみ食・ミキサー食) ・ 食事の介助 (介助なし・部分介助・全介助) ・ 栄養摂取 (経口・経管・両方) ・ 入れ歯 (有・無) ・ 口腔清掃 (毎日・時々・していない・要介助) 							
現在服用中の薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある (ある場合は、下にご記入頂くかリストをFAX又はコピーにて同送頂くようお願い致します) ・ アレルギー ある・ない (ある場合は下にご記入ください) 							
主治医	病院名 氏名	TEL :						
居宅介護支援事業所名 担当ケアマネージャー	氏名 :	TEL : FAX :						
駐車場について	自宅前に駐車可 駐車場が近くに 有・無							
その他								