

訪問歯科診療申込書

お申込み日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名			(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日生
ふりがな			
ご訪問先住所	(〒 -)		
当グループへの通院歴	<input type="checkbox"/> あり (最終ご来院日: 頃) <input type="checkbox"/> なし ご来院いただいた医院に○をお願いします。 (おかだ歯科 ・ テラッソデンタルクリニック ・ さくらファミリー歯科)		
かかりつけ歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (名称:) <input type="checkbox"/> なし		
通院が難しい理由(病名など)			
症状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 検診が受けない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご訪問希望日時	▶第三希望までご記入ください。 第一希望 令和 年 月 日 時頃 第二希望 令和 年 月 日 時頃 第三希望 令和 年 月 日 時頃		
ふりがな		続柄	ご依頼主様連絡先
ご依頼主様氏名			TEL: - -

▽以下、分かる範囲でお答えください。

- Q1. 現在病気の治療中ですか? はい (病名:) いいえ
- Q2. かかりつけの病院(歯科医院以外)はありますか?
 ある (名称:) ない
- Q3. これまでに大きな病気にかかったことはありますか?
 ある (病名:) ない
- Q4. 現在服用中の薬があればご記入ください。※できるだけすべてのお薬をお知らせください。

- Q5. 要介護認定は受けていますか?
 認定あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 認定なし

- Q6. お食事の形態について教えてください。
- 普通食
- 介護食(常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等)
- 非経口(胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他())

- Q7. 身体の状態について教えてください。
- ① 意思の疎通 良好 やや不良 不良 ③ 口をあける 良好 やや不良 不良
- ② 起き上がり 良好 やや不良 不良 ④ うがい 良好 やや不良 不良

ご協力ありがとうございました。