訪問歯科診療・口腔ケア申込書

（NO. ）申込日　令和　　年　　月　　日

申込者お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者様との関係

TEL/FAX 携帯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  受診希望者 | 様　　□男　・　□女 | | |
| 生年月日 | □大正□昭和□平成□令和　　　　年　　　月　　　日　　（満　　　歳） | | |
| **訪問先**住所 | 港北区 | | |
| TEL（連絡用） |  | | |
| 同居者 | □なし　　□あり（続柄　　　　　　　）  訪問時立会い：□なし　□あり（続柄　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 主訴 | □入れ歯　　□虫歯　　□歯ぐきが痛い　　□取れた・欠けた　　□口腔ケア  □歯が腫れた・痛い　　□飲み込みにくい　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 病歴 | □脳卒中　□脳梗塞　□脳出血　□くも膜下出血　□パーキンソン病　□心筋梗塞  □心不全　□心臓弁膜症　□不整脈　□狭心症　□高血圧　□喘息　□慢性気管支炎  □肺気腫　□肺炎　□肝硬変　□肝炎　□慢性腎不全　□透析　□慢性関節リウマチ  □腰椎圧迫骨折　□甲状腺機能（低下・亢進）症　□骨粗鬆症　□糖尿病　□認知症  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 日常生活 | □寝たきり　　□寝たり起きたり　　□移動に介助が必要　　□自力移動可能 | | |
| 介護認定 | □非該当　□要支援（□1 □2）　□要介護（□1 □2 □3 □4 □5） □申請中 | | |
| 生活保護 | □なし　　　□あり | | |
| 障害手帳 | □なし　　　□あり（　　　）等級 | | |
| ケアマネジャー | 事業所名  担当者名　　　　　　　　　　　　　　　 TEL | | |
| かかりつけ  病院名 | □あり | 病院名：医師名 | |
| □なし | 病院TEL | |
| かかりつけ  歯科医院 | □あり | 歯科医院名 | |
| □なし | 歯科医院TEL | |
| 訪問診療  希望曜日 | □月 □火 □水 □木 □金 □土  AM（　　　　　　　時～　　　　　　　時）  PM（　　　　　　　時～　　　　　　　時） | | 🅿駐車スペース  □あり  □なし □近くに有料P |

問い合わせ/申込み先　　港北区在宅歯科相談室

**TEL/FAX 045-543-5510**

Mail / kouhoku@visitdental.com