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