

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____) 訪問時立会い: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
主訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 取れた・欠けた <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 歯が腫れた・痛い <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
病歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 腰椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 (低下・亢進) 症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
日常生活	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力移動可能	
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中	
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり 病院名: 医師名 _____ <input type="checkbox"/> なし 病院 TEL _____	
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 _____ <input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 Mail / kouhoku@visitdental.com

TEL/FAX 045-543-5510