

# 訪問歯科診療申込書

申請番号： \_\_\_\_\_ 申請日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ				性別		生年月日	年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)		
氏名									
住所							TEL	( _____ )	-
往診先	[ _____ ]								
	住所						TEL	( _____ )	-
	駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
			要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
主訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない (痛み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた</span> <input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 歯が痛い</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている</span> <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
主な病気の経歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 心疾患</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 糖尿病</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 高血圧</span> <input type="checkbox"/> がん ( _____ ) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 認知症</span> <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )								
[通院が困難な事情]									
全身状況	感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) その他 ( _____ )							
	服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) その他 ( _____ )							
	仰臥状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <span style="float: right;">その他( _____ )</span>							
	移動動作状況	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立							
	座位保持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 長時間可 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 長時間不可</span>							
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ペースト</span>							
主治医	医院名						TEL	( _____ )	-
	主治医名								
かかりつけ歯科医	医院名						TEL	( _____ )	-
	主治医名								
担当介護支援専門員	事業所名								
	氏名					TEL	( _____ )	-	
申請者	氏名				TEL	( _____ )	-		
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( _____ ) <input type="checkbox"/> 介護・病院関係者 <input type="checkbox"/> その他( _____ )							
	住所								

※ 上記の事項で不明な個所につきましては、空欄で結構です。

下記の事項をお読みいただき、ご了承をいただければ署名と連絡先をご記入ください。

- ◇ ご提供いただいた情報は、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理します。
- ◇ 必要に応じて情報提供をいただいた医療機関・事業所等と連絡を取らせていただくことがあります。
- ◇ 下記の内容を聞き取りさせていただくために、申請者の方にはお電話をさせていただきます。  
 [食事形態、口腔清掃状態、入れ歯や口腔の状況、日常生活の状況など]

上記の内容について同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_