

訪問歯科・診療申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ		男・女		
患者名	生年月日		年齢	
	明・大・昭・令	年 月 日	歳	
住所	都 道 府 県			
キーパーソン 及び ケアマネー ジャー様	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人	事業所名	
	〒		電話番号	— —
			FAX	— —
	駐車スペース <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

歯の症状	<input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯石をとって欲しい <input type="checkbox"/> 歯が抜けた・折れた <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> むし歯の治療をして欲しい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れてしまった <input type="checkbox"/> つめ物やかぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下についての相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

病歴および障害名 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 統合失調 () <input type="checkbox"/> 脊椎小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (麻痺部位：) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 () <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 血液疾患・出血性素因 () <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------	--

感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無
-----	--

身体状況	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 麻痺あり () <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 短時間歩行可能 <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

身体状況	経管栄養 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他) ・ 座位保持 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調 ・ 低栄養のリスク (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) 発音機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調 ・ 肺炎の既往 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調 ・ 自食 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 (荒・中・極細) <input type="checkbox"/> ペースト食
------	---

通院先名		通院頻度
	<small>※内科等、他院へかかられている場合のみご記入下さい。(状況によっては訪問歯科診療をお断りする場合がございます)</small>	回 / ヶ月

現在服用中のお薬	※薬剤情報 (薬の一覧) 等のコピーでも構いません
----------	---------------------------

*お申し込みされる際に、上記項目にご記入頂き、保険証の写しと併せて、FAX で事前にお送り下さい。

こんのでんたる VILLAGE

FAX 送付先：058-382-3174

〒 504-0911 各務原市那加門前町 4-23-7 TEL : 058-382-3100