

訪問歯科・診療申込書

施設名

申込日： 年 月 日

フリガナ		男・女	居室	階	号室
患者名	生年月日				年齢
	明・大・昭・平 年 月 日				歳
申込者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 身元引受人（氏名： ） <input type="checkbox"/> 看護師（氏名： ） → 患者関係者の了承（ <input type="checkbox"/> 済（ <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人） <input type="checkbox"/> 未） <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー（氏名： ） → 患者関係者の了承（ <input type="checkbox"/> 済（ <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人） <input type="checkbox"/> 未） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
キーパーソン	フリガナ	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 身元引受人		事業所名	
	氏名				
	〒	TEL	—	—	
請求書郵送先住所	〒	FAX	—	—	
		TEL	—	—	
請求書郵送先宛名	※キーパーソン様と同じ場合は「同上」と記載				

歯の症状	<input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎から出血がある <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"/> 新製希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯調整希望 <input type="checkbox"/> 症状を確認して決めたい） <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"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血後遺症 <input type="checkbox"/> 統合失調（ ） <input type="checkbox"/> 脊椎小脳変性症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 血液疾患・出血性素因（ ） <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> パーキンソン <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"/> 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（ ）
------	---

保険証の種類	介護度（ ） <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害者
--------	--

日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
---------	--

身体状況	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口 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
------	--

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

〒 504-0911 各務原市那加門前町 4-23-7

TEL : 058-382-3100

FAX 送付先：058-382-3174