

訪問歯科診療申込書

<FAX送信先>043-305-4663

受付日時 平成 年 月 日

①②について可能な限りご記入下さい（※印は必須項目です。✓項目欄では□に✓を入れて下さい）

①お申込み者・施設・病院・事業所等について

※お申込者情報	・本人 ・ケアマネージャー	フリガナ
	・家族（続柄： / 同居・別居） ・その他（ ）	氏名 様
※連絡先	電話：	FAX：

②診療を受診される方について

※フリガナ			男	明治・大正・昭和・平成					
※患者名	様		・ 女	年 月 日生	(歳)				
※訪問先ご住所	〒 - ※アパート・マンション・部屋番号まで記入 (電話番号)								
保険区分	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 生活保護	障害者 種 級 介護保険利用 あり・なし				
※主訴 ✓項目	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 入歯が合わない	<input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている	<input type="checkbox"/> 出血している					
	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> 詰め物(被せ物)がとれた	<input type="checkbox"/> 口腔ケア希望	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療					
	<input type="checkbox"/> 検診希望	<input type="checkbox"/> その他							
※病歴 ✓項目	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 脳卒中			
	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症			
	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	※ 感染症 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり 肝炎 (A/B/C) ・他 ()							
	その他								
※通院困難な理由									
かかりつけ	医療機関名：		主治医：		電話番号：				
駐車場の有無	有・無 無しの場合の対処法 ()								
現在の状態	・ 座った状態で治療できますか (はい ・ いいえ)								
	・ 意思疎通はできますか (はい ・ いいえ)								
都合の悪い 曜日・時間 ✓(合わない日)		日	月	火	水	木	金	土	その他
	AM(9~12)								
	PM(12~17)								

医療法人社団 海星会 お問い合わせは **フリーダイヤル (0120)152-589**

受付担当職員 _____