

# 訪問歯科診療申込書

|            |                                                                                                                                                                                                                 |   |   |      |                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------|-----------------------------------|
| ※フリガナ※     |                                                                                                                                                                                                                 |   |   | 性別   | 男 ・ 女                             |
| 患者様氏名      |                                                                                                                                                                                                                 |   |   |      |                                   |
| ご住所        | 〒                                                                                                                                                                                                               |   |   | 電話番号 |                                   |
| 生年月日       | 大・昭・平                                                                                                                                                                                                           | 年 | 月 | 日    | 介護保険<br>無 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| ※フリガナ※     |                                                                                                                                                                                                                 |   |   | 続柄   |                                   |
| キ-ハ° -ソソ氏名 |                                                                                                                                                                                                                 |   |   |      |                                   |
| ご住所        | 〒                                                                                                                                                                                                               |   |   | 電話番号 |                                   |
| 既往歴        | <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ） |   |   |      |                                   |
| 感染症        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感染症（病名： ） ※左記は感染対策のため必ず事前にお知らせください                                                                                                                         |   |   |      |                                   |
| 主治医        | 病院名：                                  担当医：                                  連絡先：                                                                                                                                |   |   |      |                                   |

|     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|     | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 備 考 |
| 時間帯 |     |     |     |     |     |     |
| 理 由 |     |     |     |     |     |     |

| お口の状況                                                                                                         | 今回はどうされましたか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 食事形態                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 総入れ歯（上・下）<br><input type="checkbox"/> 部分入れ歯（上・下）<br><input type="checkbox"/> 自歯（上・下） | <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が欠けた<br><input type="checkbox"/> 歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血がある<br><input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた<br><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 口腔ケアを希望<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 普通食<br><input type="checkbox"/> 介護食<br>（軟菜食・刻み食・ソフト食・ミキサー食・流動食）<br><input type="checkbox"/> 非経口 |

|                   |       |      |
|-------------------|-------|------|
| ご担当の<br>ケアマネージャー様 | 事業所名： | 名前：  |
|                   | TEL：  | FAX： |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 訪問理由<br>(来院できない理由) |  |
|--------------------|--|

|         |                                                              |  |       |   |      |   |
|---------|--------------------------------------------------------------|--|-------|---|------|---|
| 請求書の送付先 | <input type="checkbox"/> 患者様 <input type="checkbox"/> キーパーソン |  |       |   |      |   |
|         | <input type="checkbox"/> その他                                 |  | 氏名：   | 様 | 続柄：（ | ） |
|         | <input type="checkbox"/> ご住所：〒                               |  | 電話番号： |   |      |   |

☆訪問診療の申し込みにはご家族様の承諾が必ず必要になります。

☆後日お電話にて日程調整させていただきます。

訪問当日は、保険証・介護保険証・介護保険負担割合証・その他公費医療証等、お薬情報が分かるものをご準備ください。



Honan Dental Office

 **ほうなん歯科** 訪問診療部

561-0831

大阪府豊中市庄内東町3-1-41 グローバルハイツ豊中206号

訪問直通: **090-5657-6318**

TEL/FAX: 06-7501-5292