

# 歯科訪問診療申込書

# 申込FAX番号 06-6705-8812

喜連瓜破ホームケア歯科クリニック 宛

申込日 年 月 日

◆下記欄にご記入の上、ご連絡(FAX)をお願いいたします。

(わかる範囲でご記入ください)

患者氏名	ふりがな 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
訪問先 ご住所	〒 施設名称 ( )	TEL ( ) 携帯

申込者	ふりがな	本人との間柄 (詳しく)
ご住所	〒	TEL ( ) 携帯

ケアマネージャー	ふりがな	所属
連絡先	〒	TEL ( ) 携帯

(診療希望者の状況) ※該当するものを○で囲んでください

依頼内容	入れ歯調整 口腔ケア その他 ( )	入れ歯修理 嚥下・咀嚼指導	入れ歯新調 抜歯	歯痛 歯槽膿漏
かかりつけ 歯科医院	あり (名称 ) ・ なし			TEL ( ) FAX ( )
かかりつけ 医院・病院	あり (名称 ) ・ なし			TEL ( ) FAX ( )
主な病名	・高血圧 ・糖尿病 ・脳梗塞 ・狭心症 ・骨粗しょう症 ・C型肝炎 ・B型肝炎 ・その他 ( )			
服用中の薬	・血液をさらさらにする薬 ・骨粗しょう症の薬 (薬名 ) ・その他 ( )			
可能な姿勢	・いすに座る ・車いすに乗る ・ベッド等を起こした状態 ・寝たまま 特筆事項 ( )			
意思の疎通	・良好 ・やや不良 ・不良	うがい	・良好 ・やや不良 ・不良	
介護区分	(要支援) 1 2	(要介護) 1 2 3 4 5	身障手帳	有 ( 級) ・ 無