

訪問歯科診療申込書

たけし在宅クリニック 行き

TEL : 03-5639-9163 FAX : 03-5639-9164

ふりがな 利用者氏名		性別 男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日()歳	
住所 〒			TEL FAX	
健康保険： 社保 ・ 国保 ・ 生保 ・ 後期				
医療証： 無 ・ 有 (障害 ・ 自立支援) ・ その他 ()				
介護保険： 有 ・ 無 ・ 申請中				
要介護状態区分 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ()				
ケアマネージャーもしくは担当者氏名 ()				
TEL () FAX ()				
家族構成	同居人： 有 ・ 無			
	氏 名	続柄	同居・別居	別居の場合は住所・TELを記入してください
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
緊急連絡先	氏 名	ご関係	TEL	
	①		①	②
	②		①	②
	③		①	②
医療機関： 入院中 ・ 通院中 ・ 通院なし 診療情報提供書： 有 ・ 無				
入院病院名 () ・ 退院予定日 (月 日)				
通院中 医療機関	医療機関名	診療科	医師名	診療曜日
	①			
	②			
	③			
利用中の サービス	サービスの種類	事業所名	TEL	曜日と時間
	訪問看護			
	訪問介護			
	訪問入浴			
	デイサービス			
	訪問リハビリ			
	訪問マッサージ			

申込書記入者名

_____ (間柄 _____)

連絡先電話番号 _____ FAX _____

お身体の状態について ※病名など、できるだけ具体的にお願い致します

(1) 要介助、又は寝たきりになった原因と時期

_____ (昭和・平成) _____ 年 _____ 月頃より

(2) 既往歴 (病歴・病名) 合併症・常用薬

(3) 認知症の程度… なし ・ こちらの言っていることに理解度やや難 ・ 理解不能

(4) 手の状態… 利き手が使える ・ 利き手が麻痺 ・ 両手が不自由

(5) 耳の状態… 支障なし ・ やや難聴 ・ 難聴

(6) 食生活の状態… 自分で食べられる ・ 一部介助 ・ 全介助

主に 通常食 ・ 軟食 ・ ミキサー食 ・ 経管栄養

訪問歯科診療の受診希望内容

- 口の中の衛生管理・検診
- 入れ歯が合わない・痛い・新しく作りたい (保険診療・自費診療)
- 歯が痛い・しみる
- 歯茎が腫れている
- 食事でむせる・飲み込みにくい
- その他 *ご要望など何でもご記入ください

お問い合わせは 医療法人社団 片桐会 たけし在宅クリニック

電話：03-5639-9163 まで 返信用FAX：03-5639-9163