

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

診療を希望される患者様のお名前（フリガナ）

健康保険（有 ・ 無） 要介護（支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5）

明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住所

区
電話番号 FAX

申込書記入者名

（間柄）
連絡先電話番号 FAX
主治医名

（医院・クリニック・病院） 先生

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いたします

(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 ・ 流動食 ・ 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 ＊ご要望等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：03-5639-9164