

訪問歯科診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ
1. 診療を希望される方のお名前 _____
明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳 (男・女)
健康保険 (有・無) 要介護 (支援・1・2・3・4・5)

2. 住所 _____ 区 _____
TEL _____ - _____ FAX _____ - _____

3. 申込書記入者名 _____
① ご家族 (間柄 _____) 連絡先 TEL _____ (_____)
② その他 _____ FAX _____ (_____)

4. 主治医名 _____ (医院・クリニック・病院) _____ 先生

5. お体の状態について ※病名など、できるだけ具体的にお願いします。
(1) 要介助、又は寝たきりとなった原因と時期：
_____ (昭和・平成) 年 月頃より

(2) 既往歴 (病名、病歴)、合併症、常用薬について
.....
.....
.....

- (3) 認知症の程度・・・ア. なし イ. こちらの言っていることの意味にやや難 ウ. 理解不能
- (4) 手の状態・・・ア. 利き手が使える イ. 利き手がマヒ ウ. 両手が不自由
- (5) 耳の状態・・・ア. 支障なし イ. やや難聴 ウ. 難聴
- (6) 食生活の状態・・・ア. 自分で食べられる イ. 一部介助 ウ. 全介助
主に a. 普通食 b. 軟食 c. 流動食

6. 訪問歯科診療の受診希望内容
1) 口の中の衛生管理、健診
2) 入れ歯が痛い、合わない、新しく作りたい
3) 歯が痛い、しみる
4) 歯ぐきがはれている
5) 食事がむせる、飲み込みにくい
6) その他 ※ご要望等もあれば何でもお書き下さい。
.....
.....
.....
.....

返信用 FAX 番号 6685-6480
問い合わせは、澤田歯科医院 (TEL : 6685-6480) まで
(社)住之江区歯科医師会