

訪問歯科診療申込書

お申し込み日： 年 月 日

ふりがな			性別
患者様名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日 才
ご住所 (訪問先)	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
電話番号			
駐車場	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()		
同居の家族	<input type="checkbox"/> 有 お名前() 続柄() <input type="checkbox"/> 無		
保険証	<input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> その他()		
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		
申し込み理由 (主訴)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた		
	<input type="checkbox"/> 歯がぐらつく <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない		
	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎から出齦している <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い		
	<input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を新製したい		
	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現病歴/既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 肝炎 (<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型)		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん ()		
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳疾患 ()		
	<input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 心疾患 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
常用薬	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
主治医	医院名	主治医名	TEL
訪問状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ヘルパー		
全身状態	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	仰臥状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> その他 ()	
	移動状況	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
うがい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
訪問希望日時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも可		
キーパーソン様	お名前	ご連絡先	
	ご住所 〒		
ご担当ケア マネージャー様	お名前	事業所名	
	TEL	FAX	