訪問歯科診療申込書

依頼日：　　年　　月　　日

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

医療法人孝生会
かけまちコミュニティー歯科
kakemachi community dental clinic
〒444-0016 愛知県岡崎市元欠町１丁目 12-1
FAX:0564-73-1882
TEL:080-4537-8994(訪問診療専用ダイヤル)
Email: kakecommujimunagata@gmail.com

記載しきれない項目がある場合は別紙を添付いただきお申込みくださいませ