# 訪問歯科診療申込書

※お分かりになる範囲でご記入の上お送りください　　依頼日　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 電話 |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | |
| | | 生年月日 | 大・昭・平　　年　　月　　日　　歳 |
| 訪問先住所<br>ご自宅・施設名 | 〒 | | |
| | 駐車場 | 目印 | |
| 同居　有・無 | キーパーソン　お名前 | 続柄 | 連絡先 |
| 担当CM様 | 事業所名 | ＴＥＬ | |
| | お名前　　様 | ＦＡＸ | |
| 介護保険 | 介護区分　要介護（　　）・要支援（　　） | 負担割合 | 割 |
| 医療保険/公費受給者証 | １割・2割・3割　/ 福祉・障害・生保 | 明細書 | 要・不要 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主訴 | 部位 | 問題点 | | |
| | | | | |
| 入れ歯使用 | 無・有（　上・下　/　総入れ歯・部分） | 栄養摂取 | 経口・経管（　　） | |
| 食形態 | 常食　・　きざみ　・　ペースト　・　トロミ　・　その他（　　） | | | |
| 水分形態 | トロミなし　・　薄トロミ　・トロミ | | | |
| 患者様の状態<br>（○・△・×） | うがいができる（　　）吐出しができる（　　）起き上がれる（　　）意思疎通（　　） | | | |
| ADL | | | | |
| 既往症 | 内服薬：なし・あり→お薬手帳や薬剤情報のコピーを添付してください | | | |
| 感染症 | 無・有（病名　　） | アレルギー | 無・有（　　） | |
| 通院できない理由 | | | | |
| 主治医<br>かかりつけがあれば<br>ご記入をお願い致します | 病院名 | 主治医 | ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 週間サービス状況 | | 月曜 | 火曜 | 水曜 | 木曜 | 金曜 | 土曜 |
| | 午前 | | | | | | |
| | 午後 | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | |
| 訪問希望日時 | 最短・　　月　　日（　　） | | | | | | |

※医療・介護保険証(介護負担割合証)・公費受給者証・お薬情報も合わせてお送りいただけると幸いです

ウェルネスやわた歯科医院　愛知県豊川市野口町新屋敷27

TEL：0533-95-1220　FAX：0533-95-1222

| | | |
|---|---|---|
| ※当院記入　初回予約日時 | 月　　日　（　　）午前・午後　　時　　分頃 | 連絡　済・未 |