

なかお七本松歯科クリニック訪問診療申込書

申込日) 平成 年 月 日

ふりがな 受診者 お名前	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	電話番号	()		
ご住所				
申込者 お名前	続柄または事業所名			
連絡先	TEL	fax		

主治医名	介護支援 専門員名
連絡先 TEL	連絡先 TEL fax
主な介護者	連絡先) _____

主 訴	1. 入れ歯が ・・(ゆるい・痛い・かめない・割れた・歯が取れた・作りたい・())		
	2. 歯が ・・(痛む・穴があいた・折れた・抜けた・ぐらぐらする・詰め物が取れた・())		
	3. 歯ぐきが ・・(はれて痛い・傷がついている・血が出る・かむと痛い・())		
	4. 口腔のケア・・(歯や舌の汚れを取りたい・入れ歯の汚れを取りたい・嚥下、摂食訓練・())		
	5. その他 ・・(検診・口臭・口の渇き・顎が痛い・かめない・口が開かない・())		
	最後の歯科受診の時期	(年・月) 前	
訪問希望 日時	月・火・水・木・土 (1:00・1:30・2:00・2:30・3:00・3:30・4:00)	駐車場(スペース)の有無	あり・なし

【 全身の状態 】

認知症	有	無	意思の疎通	有	無
主 病 名	既往歴		<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中など <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 骨折など(部位) _____ <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> その他 _____		
注意すべき感染症およびアレルギーなど		<input type="checkbox"/> 肝炎(<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 _____			
備 考	訪問時の注意事項等				
	<input type="checkbox"/> 介護度 要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 生活保護(有・無) <input type="checkbox"/> 身障手帳 有(級) ・ 無 <input type="checkbox"/> 重障老人(有・無)				

★この用紙をなかお歯科クリニック宛に FAX してください。

☆ご質問などございましたら、なかお七本松歯科クリニックまでお気軽にお問い合わせください。

なかお七本松歯科クリニック TEL) 075(801)9822 FAX) 075(801)9936