

なかお七本松歯科クリニック訪問診療申込書

ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
受診者名		電話番号	()		
ご住所		診療費請求先			
主な介護者	続柄)	連絡先			

申込者名		続柄または事業所名	
連絡先	TEL	Fax	
主治医	病院・医院 先生	介護支援 専門員名	
連絡先	TEL Fax	連絡先	TEL Fax

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・())
----	--

訪問希望日	月・火・水・木・金・土	駐車(スペース)の有無	あり・なし
-------	-------------	-------------	-------

主病名	認知症	有・無
	意思の疎通	有・無

既往症	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中など <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 骨折など <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> その他	服薬情報 (コピー添付 でも可)
-----	---	------------------------

感染症	<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
-----	--

<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) 訪問時の注意事項等
--

★この用紙を週間サービス予定表・フェイスシートと共に下記まで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) 801-9822 FAX) 801-9936
