

# 訪問歯科診療申込書

ご記入日：令和      年      月      日

ふりがな 患者様氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平      年      月      日	年齢	満      歳
同居者	有 ・ 無		
介護認定	有 ・ 無 ・ 申請中	要介護度	要支援：1・2    要介護：1・2・3・4・5
保険証	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生活保護 ・ 障がい者（      種      級）		

訪問先 ご住所	〒      —	駐車場	有 無
TEL・FAX	TEL	FAX	
<日程調整等のため日中ご連絡が取りやすい方>			
ふりがな ご氏名		携帯電話等 TEL	

ご依頼者様	事業所様名（      ） ご担当者様名（      ）
TEL・FAX	TEL      FAX

【今回はどうされましたか？】 該当するものに  印をつけてください。（複数回答 可）

- 歯が痛い     歯ぐきが腫れた     物が良くかめない     入れ歯が合わない  
 入れ歯がこわれた     歯が抜けた     入れ歯を作りたい     歯がとれた     臭いが気になる  
 飲み込みづらい・むせる     検診希望     口腔ケア希望     その他（      ）

内科、その他 医療機関名及び主治医（      ）

※ 該当するものに○で囲んでください。

脳血管障害（脳梗塞・脳出血、その他\_\_\_\_\_） 心臓（心筋梗塞・狭心症、その他\_\_\_\_\_） 高血圧    糖尿病

慢性関節リュウマチ    パーキンソン病    腎疾患（      ） アレルギー（      ）

肝臓疾患（B型・A型・C型・慢性肝炎・肝硬変、その他 \_\_\_\_\_）

骨しょう症    なし・投薬あり 薬名〔      〕

感染症（梅毒・MRSA・HIV・結核・その他\_\_\_\_\_）

上記以外の病名（      ）

上記以外の内服薬    なし・あり 薬名〔      〕

※通院困難な主な理由（      ）

お問い合わせ・申込み先    すこやか歯科クリニック

TEL：050-5372-7406    FAX：043-386-4018

※事前に FAX でお申し込み下さい。折り返しお電話させていただきます。