

訪問歯科診療申込書（居宅用）

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・令	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	(患者様とのご関係：)		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：090-8383-4018 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。