訪問歯科診療申込書(問診表)

申し込み日　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	T・S・H　　年　　月　　日生
訪問先住所	(〒　　ー　　)(☎：　　ー　　ー　　)		
ふりがな		患者との続柄	依頼者連絡先
依頼者氏名			☎：　　ー　　ー
担当ケアマネージャー	施設名：　　担当者:　　☎：　　ー　　ー		
かかりつけ医院・病院	□あり(名称：　　) □なし		
かかりつけ歯科医院	□あり(名称：　　) □なし		
通院できない理由(病名)			
症状	□歯が痛い　□歯が折れた　□歯ぐきが腫れている・痛い □入れ歯があわない　□入れ歯をつくりたい　□つめもの等がとれた □その他 [　　]		
現在かかっている病気			
これまでかかった大きな病気			
服用中の薬	□血液をさらさらにする薬 (　　) □骨粗しょう症の薬 (　　) **□サプリメント　・　□健康食品　・　□その他** [　　]		
要介護認定	□認定あり(要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5)　□認定なし		
食事形態	□普通食　□介護食(常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等) □非経口(胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他〈　　〉)		
意思の疎通	□良好　□やや不良　□不良	起き上がり	□良好　□やや不良　□不良
口(くち)を開ける	□良好　□やや不良　□不良	うがい	□良好　□やや不良　□不良
訪問希望日時 その他			

送付先:在宅医療サポートセンター(八千代病院内窓口)にファクシミリでお送りください。
※ご不明な点は在宅医療サポートセンター　電話・FAX (0566)98－8330
までお問い合わせください。