**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 | （〒 ― ）（TEL： － － ） | | |
|  | | |
|
| ふりがな |  | 患者との続柄 | 依頼者連絡先 |
| 依頼者氏名 |  |  | TEL： － － |
| 担当ケアマネージャー | 施設名：　 担当者：　 TEL： － － | | |
| かかりつけ | □あり（名称： ）　□なし | | |
| 医院・病院 |
| かかりつけ | □あり（名称： ）　□なし | | |
| 歯科医院 |
| 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（　 ） | | |
| □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－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（安城市役所高齢福祉課地域支援係）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：0566-71-2264　FAX：0566-74-6789

までお問い合わせください。