

# 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: - -
担当ケアマネジャー	施設名: 担当者:		TEL: - -
かかりつけ 医院・病院	<input type="checkbox"/> あり（名称: ） <input type="checkbox"/> なし		
かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり（名称: ） <input type="checkbox"/> なし		
通院できない 理由(病名)			
症 状	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が折れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> つめもの等がとれた <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬（ ） <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬（ ） <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定あり（ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 認定なし		
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食（常食・軟菜食・刻み食・ミキサー食・流動食・ゼリー等） <input type="checkbox"/> 非経口（胃ろう・経鼻・静脈栄養・その他（ ））		
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	起き上がり	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
口を開ける	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	うがい	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 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。