

《訪問歯科診療 申込書》

【各施設及び事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をこちらの用紙と一緒にFAXしていただくか、診療にお伺いした際に訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、各保険証には有効期限があります。新しく更新された際は新しい保険証のコピーをご用意頂きます様、お願い申し上げます。

ご依頼 者情報	患者様との続柄	ケアマネ・他:	電話番号	() -
	(ふりがな)		FAX	() -
	お名前			
	ご住所	〒		
	E-Mail	ご予約の連絡、急なお知らせなどの目的で使用いたします		

患者様 情報	(ふりがな)			記入日	20 年 月 日		
	患者様お名前	様		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳		
	患者様ご住所	〒					
		電話番号	() -				
	入れ歯作製や 抜歯の際に 相談させて頂く ご連絡先 ☐ 依頼者に同じ	お名前:		(続柄)	電話() -		
		ご住所		〒			
	患者様の一番の訴え (複数可)	・定期的な口腔清掃 ・入れ歯を作りたい ・入れ歯の不具合や破損 ・差し歯が外れた、壊れた ・歯が痛い ・歯に穴が開いている(虫歯) ・歯が動く ・歯肉から出血がある ・腫れている ・口臭がある ・飲み込みが悪い、むせる ・その他 ()					
	患者様の状態	・寝たきり ・寝たきり起きたり ・移動できる(自力・介助・車イス) ・その他 ()					
	既往歴	・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等) ・(右 ・ 左) 麻痺 ・関節症、リウマチ等 ・パーキンソン病 ・糖尿病 ・過去に骨折の経験あり・骨粗鬆症 ・心筋梗塞 ・狭心症 ・高血圧 ・腎臓病 ・肝炎(C型 / B型) ・梅毒 ・HIV ・MRSA ・その他()					
		歯科医院に通えない又は通にくい理由(訪問歯科に必要です)					
		食事 ・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養(PEG・N G) ・静脈栄養 ・水分ロミ (あり ・ なし)					
	認知症	(有 ・ 無)	うがい	(可能 ・ 要注意 ・ 不可能)	咳	(できる ・ できない)	
	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5 負担割合 割			障害手帳	無 ・ 有 () 級	
	医療保険証	後期高齢者 ・ 国保 ・ 社保 ・ 重障老人 ・ 福・障 ・ 生活保護 ・ その他 ()					
	かかりつけ医	医院名:		電話() -			
	ケアマネージャー ☐ 依頼者に同じ	事務所:		電話 () -			
		担当:		FAX () -			
ご都合の悪い曜日と時間帯に○をつけてください	月	火	水	木	金	土	
	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	休診日	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	
特記事項 (ご希望等)							

上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAX(0798-61-3080)してください。折り返しご連絡致します。



医療法人真生会 夙川駅前デンタルケアクリニック

TEL&FAX 0798-61-3080

〒662-0051 西宮市羽衣町7-30 夙川グリーンタウン201