

訪問歯科診療 申込書

病院・施設用

以下の内容を分かる範囲でご記入の上、FAXして下さい。
折り返しご連絡致します。

ふりがな	生年月日	性別
患者様氏名	年 月 日 (歳)	男・女
ご依頼者名 ご本人・ご本人以外（お名前：		ご関係：
患者様ご住所 〒 -		
電話番号 () -	FAX番号 () -	

【主訴】 ・相談内容 ・ご本人、ご家族の希望	【お身体の状態】													
	痛み	あり・なし												
	入れ歯	あり・なし												
	うがい	できる・できない												
	歩行	全介助・部分介助・自立												
	座位の保持	可能・困難・不可												
食事	常食・介護食・非経口													
貴施設名	電話番号 () -													
	FAX番号 () -													
大まかな現病歴・既往歴（訪問時にまた詳しく伺います） <input type="checkbox"/> 高血圧（ / mmHg） <input type="checkbox"/> 脳梗塞（麻痺側： 右 / 左）【 年 月頃より】 <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症・心筋梗塞・弁膜症・ペースメーカー使用・その他） <input type="checkbox"/> 糖尿病（血糖値： ・HbA1c： ）【 年 月頃より】 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 肝炎（ウィルス性：A型 / B型 / C型・非ウィルス性） <input type="checkbox"/> 認知症（軽度・重度） <input type="checkbox"/> その他（ ）														
主介護者のお名前	介護認定 有（要介護度 ）・無													
保険証 介護 / 国保 / 社保本人 / 社保家族 / 後期高齢 / 生保 / 障害者	往診希望日時 <table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前 午後</td> <td>午前 午後</td> <td>午前 午後</td> <td>午前 午後</td> <td>午前 午後</td> <td>午前 午後</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後
月	火	水	木	金	土									
午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後									
備考														

ご不明な点、ご希望等がございましたら、備考欄にお書き添え下さい。
なお、ご記入頂きました個人情報は診療以外の用途には使用致しません。



歯科一般・矯正・小児・訪問

おかだ歯科・矯正歯科

TEL:072-801-8001 FAX:072-801-8002