

訪問歯科申込書

お申し込みはお電話またはFAXで (FAX) 086-436-6208 (TEL) 086-430-0050

お申し込み日 年 月 日

ご依頼者様 (家族・施設・事業所・病院)		担当者名
サービスを知ったきっかけ		

患者様氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳

住所	自宅または 入所先	岡山県 * アパート・マンション名もご記載ください。
----	--------------	-------------------------------

家庭環境	独居・同居(夫婦・兄弟姉妹・2世帯・その他) / 本人を含めて()人家族 施設入所(グループホーム・特養・有料老人ホーム・老健・病院・その他)	
------	---	--

TEL	(ご自宅)	(携帯電話)
-----	-------	--------

キーパーソン(介護者)	お名前	ご関係
-------------	-----	-----

TEL	(ご自宅)	(携帯電話)
-----	-------	--------

連絡方法	1.患者様宅へTEL 2.介護者・ご家族へTEL 3.事業者様へTEL 4.その他()		
------	--	--	--

主訴(現在気になっているお口の中の症状)	*いつから	*義歯の使用
	*部位	上あり・なし
	*痛みの有無	下あり・なし

通院困難なご事情(病気の経歴)	*肺炎の既往 → 有・無
	*感染症 → 有()・無・不明
	*認知症 → 有・無

歯科通院歴(最後に受診したのはいつですか?外来でしたか?訪問でしたか?)	
1カ月以内・3カ月前・半年前・1年前・その他()	外来・訪問

身体の状況	
歩行: 全介助・部分介助・自立	意思疎通: 可・不可
座位保持: 全介助・部分介助・自立	口腔ケア: 全介助・部分介助・自立
移乗: 全介助・部分介助・自立	ブクブクうがい: 可・不可

保険証の種類	介護度()・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者
--------	--

ケアマネージャー様のお名前	事業所名
電話番号	FAX番号

ご連絡させて頂く希望日時	駐車スペース	あり・なし
その他ご連絡事項		

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、
厳密に保管管理を致します。

やまさき歯科・矯正歯科