

# 訪問歯科診療 情報提供書 兼 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	事業所名	(ケアマネ・他)	電話番号	( ) -
	御氏名		FAX	( ) -
	御住所			

患者様 情報	ふりがな			記入日	20 年 月 日		
	患者様氏名	様		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
	入れ歯作製や 抜歯の際に相談をさせて頂く ご連絡先	氏名： (続柄)		電話 ( ) -			
		御住所 〒					
	患者様の一番の訴え (複数可)	・無料検診をしてほしい ・入れ歯を作りたい ・入れ歯の不具合や破損 ・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 ・口臭がある ・定期的な口腔清掃 ・飲み込みの診査やリハビリ ・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 ( )					
	往診するために 歯科医院に通えない又は 通にくい理由となる 現在・過去の病気 (訪問歯科に必要です)	・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等) ・関節症、リウマチ等 ・麻痺 ・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 ・高血圧 ・肝炎( C型 / B型 ) ・梅毒 ・HIV ・MRSA ・その他( )					
	食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養(PEG・NG) ・静脈栄養 ・水分トロミ ( 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 (健康保険証)	・生活保護 ・一部負担金助成 ・1割負担(後期高齢者等) ・3割負担					
	内科・主治医	医院名：		電話 ( ) -			
		担当医師名：		FAX ( ) -			
	ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 依頼者と同じ	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	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	
特記事項 (ご希望等)							

※初回のご希望に○をつけてください ( ・初回無料検診希望 (・治療や検査なし) ・初回から診療希望 )

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