

訪問歯科診療（往診）申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
住所		TEL（ ）	
往診先	居宅 病院・施設等（ ）		
	住所	TEL（ ）	駐車スペース（有・無）
寝たきりの原因となった疾患	・ 脳血管疾患 ・ 心疾患 ・ 神経系疾患 ・ その他（ ）		
その他の疾患	・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓疾患 ・ 腎疾患 ・ その他（ ）		
主治医名	氏名	（ 病院 科）	TEL（ ）
	氏名	（ 医院）	TEL（ ）
担当ケアマネジャー名：	TEL（ ）		
居宅介護支援事業所名：	TEL（ ）		
かかりつけ歯科医（有・無） 歯科医師名			
介護認定	有（介護度： ）	訪問時立会予定者	家族（続柄）
	無		その他介護者（ ）
どうなさいましたか （主訴）	入れ歯が合わない 入れ歯が壊れた 新しい入れ歯を作りたい 歯が痛い 歯の詰め物が取れた 口の中の汚れ 歯ぐきの腫れや痛み 口臭 口内炎 その他（ ）		
利用者の状況			
服薬の有無	1) 無 2) 有（薬品名： ）		
寝たきり度	1) 寝たきり 2) 準寝たきり 3) その他（ ）		
感染症の有無	1) 有（ ） 2) 無		
食事形態	1) 普通食 2) ミキサー食 3) その他（ ）		
義歯装着	1) 有 2) 無		
口腔清掃	1) 毎日 2) 時々 3) してない		
うがい	1) できる 2) できない		
その他 連絡事項等			

※ 上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

お申込み先 自由が丘 田川歯科医院 〒158-0083 世田谷区奥沢 5-41-13 2F TEL&FAX 03-3722-3115

申込者氏名 _____ ㊟
本人との続柄 _____
TEL（ ） _____