

歯科訪問診療申込書・問診票

※医療保険上、通院が可能な方には訪問診療ができません。

※1 該当する項目にチェック☑をご記入ください。

年 月 日

氏名	(フリガナ)			男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S	年	月	日 ()歳	
住所	〒			(TEL - -)	
				(FAX - -)	
請求書 送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外の住所へ送付希望 ※1				
	〒				
施設名				(TEL - -)	
				(FAX - -)	
介護者名			続柄	(TEL - -)	
				緊急連絡先(TEL - -)	
介護認定	要支援 ・ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
要請理由					
主訴	1. 口腔ケア	6. 歯肉の腫れ			
	2. 誤嚥性肺炎の予防	7. 義歯が合わない			
	3. 歯が痛い	8. 充填(つめ物)・被せ物がはずれた			
	4. 歯が動く	9. 口臭が気になる			
	5. 歯肉の出血	10. その他()			
既往歴	1、特になし				
	2、脳血管疾患(脳出血 ・ 脳梗塞 ・ その他)				
	3、認知症(アルツハイマー型 ・ 血管性 ・ レビー小体型 ・ 前頭側頭型)				
	4、高血圧		5、腎臓疾患	6、糖尿病	
	7、神経難病 (パーキンソン病 ・ ALS ・ 脊髄小脳変性症 ・ その他)				
	8、肝臓疾患 (A型 ・ B型 ・ C型肝炎 ・ 肝硬変 ・ その他)				
	9、心臓疾患 (不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 弁膜症 ・ その他)				
	10、肺炎 (細菌性 ・ 誤嚥性)				
	11、その他 ()				
	投薬内容	<input type="checkbox"/> あり (お薬情報を添付してください) <input type="checkbox"/> なし ※1			
	主治医	医院・病院名:			(TEL - -)
医師名:					
食事状況	*食事介助 (なし ・ あり)				
	*経口摂取 (普通食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 ・ ゼリー食)				
	*経管栄養 (胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻)				
	*IVH				
主治歯科医	医院・病院名:			(TEL - -)	
	医師名:				
訪問可能日	第一希望	曜日	午前 ・ 午後		
	第二希望	曜日	午前 ・ 午後		
介護事業所 および担当 ケアマネジャー				(TEL - -)	
	氏名				(FAX - -)

※患者様の個人情報に関しましては、診療に必要な範囲でのみ利用し、外部への提供等は一切行いません。

川西市歯科医師会立訪問歯科センター
FAX: 072-764-6480 (24時間受付)
TEL: 072-757-0418 (月～金 9時～17時)
 休診 土日祝 年末年始