返信先 FAX番号 03-3743-2888（24時間受付しております）

（ 引落 <R ． / ～> ・ 振込 ・ 集金 ） 訪問歯科診療申込書

お申込日 令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者様 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）		
住所	〒　　ー		
電話番号	自宅（　）　　ー　　携帯（　）　　ー		

ﾌﾘｶﾞﾅ ご家族様（第1KP） 氏名		続柄	
住所	〒　　ー		
電話番号	自宅（　）　　ー　　携帯（　）　　ー		

ﾌﾘｶﾞﾅ ご家族様（第2KP） 氏名		続柄	
住所	〒　　ー		
電話番号	自宅（　）　　ー　　携帯（　）　　ー		

●該当するものを〇で囲んで下さい

お悩みの内容について	①歯が痛い　②歯茎が痛い　③入れ歯が壊れた　④入れ歯が合わない ⑤新しく入れ歯を作りたい　⑥歯が動く　⑦被せ物(詰め物)が取れた ⑧口腔ケア希望　⑨飲み込みにくい･むせやすい ⑩その他（　）
介護度	要支援 １ ・ ２ ／ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ／ 受けていない
アンケート	■認知症　正常 ・ ややある ・ ある ■障害高齢者自立度　J1・2／A1・2／B1・2／C1・2 ■認知症自立度　Ⅰ／Ⅱa・b／Ⅲa・b／Ⅳ・M ■患者の状態　①寝たきり　②寝たり起きたり ③介助があれば移動できる　④自分で移動出来る ■意思疎通　①通じる　②ある程度通じる　③ほとんど通じない ■入れ歯の使用状況　①使用中　②持っているが使用していない　③持っていない

●かかりつけ歯科医院　医療機関名(　)　医師名(　)
TEL(　) -　FAX(　) -

●主治医(内科)
診療スタート報告 □　医療機関名(　)　医師名(　)
TEL(　) -　FAX(　) -

●ケアマネージャー　事業所名(　)　氏名(　)
TEL(　) -　FAX(　) -

●現病歴(発症時期もご記載願います)　※該当するものを〇で囲んでください

脳梗塞（ 右マヒ ・ 左マヒ)（ 年 月） ・ 脳出血（ 年 月） ・ 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 ）
心筋梗塞（ 年 月）・ 心不全（ 年 月） ・ 狭心症（ 年 月）・ 心房細動（ 年 月）・ ペースメーカー（ 年 月）
高血圧（ 年 月）・ 糖尿病（ 年 月）・ 慢性関節リウマチ（ 年 月）・ パーキンソン病（ 年 月）
肝疾患（ 年 月）・ 骨粗しょう症（ 年 月）・ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)（ 年 月）・ 間質性肺炎（ 年 月）
廃用症候群（ 年 月）・ 脂質異常症（ 年 月）・ 脊柱管狭窄症（ 腰椎 ・ 頸椎 ・ 腹部 ・ その他)（ 年 月）
上記以外(　)
感染症 無 ・ 有 → B肝 ・ C肝 ・ MRSA ・ HIV ・ その他(　) 薬のアレルギー 無 ・ 有 →

＜お申し込み方法＞
この訪問診療申込書にご記入のうえ、FAXでお送りください。確認後に、ご連絡させていただきます。

医療法人社団志友会 くすのき歯科医院 東京都大田区西糀谷4-27-10 守田ビル3F TEL 03-3743-2777