訪問歯科診療申込書

申込者様（家族又は後見人）　　年　月　日

氏名： 住所：　〒 電話：	患者との関係

患者様

フリガナ
氏名　　性別：　男　・　女
生年月日：　大　・　昭　・　平　　年　　月　　日生まれ（満　　歳）
住所：　〒

電話：　　同居者：　有　・　無

●かかりつけ歯科医院	医療機関名	医師名
	電話番号	FAX
●主治医（内科）	医療機関名	医師名
	電話番号	FAX
●ケアマネージャー	事業所名	氏名
	電話番号	FAX

ご依頼の理由　　※該当するものにチェックを付けて下さい。

□歯が痛い　□歯茎が痛い　□腫れがある　□歯が動く　□被せもの(つめもの)が取れた
□その他（　　）

アンケート　　※該当するものを○で囲んで下さい。

■要介護度　　要支援　Ⅰ　・　Ⅱ　　要介護　Ⅰ　・Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　・　Ⅴ
■認知症　　正常　・　ややある　・　ある
■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．自分で移動できる
■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

全身の状態

●治療中の病名　１．なし　　２．あり（下記該当するものを○で囲んで下さい）
＊脳血管障害：　脳梗塞　　脳出血　　その他（　　）
＊心臓疾患：　　心筋梗塞　狭心症　　その他（　　）
＊高血圧　　＊糖尿病　　＊慢性関節リュウマチ　　＊パーキンソン病　　＊腎疾患（　　）
＊肝臓疾患（A型　B型　C型　慢性肝炎　肝硬変）　＊骨粗しょう症
＊上記以外の病名（　　）
●肺炎の既往　　１．なし　　２．あり（いつ頃：　　）
●上記以外での既往歴歴
　１．なし　　２．あり（病名：　　）
●体重の変化　　１．なし　　２．あり　　３．不明
●服薬　　無　　・　　有　　薬名（　　）
●薬に対するアレルギー　　１．なし　　２．あり（該当するものを○で囲んで下さい）
１．ヨード系　　２．抗生物質　　３．鎮静剤　　４．その他（　　）

問合せ先・申込先

医療法人社団ハピネス　訪問部　TEL：080-5104-2199　FAX：03-5878-1787

現在の病状、病歴、薬の服用等がございましたら、情報提供をお願い致します。