

歯科訪問診療 申込書・問診表

〒791-8036 愛媛県松山市高岡町209-3

医療法人かとう歯科医院 理事長 加藤弘正

TEL 089-972-7878

※ お手数ですが、下記項目を記入の上

FAX 089-972-7788 でお送りください

		記入日		R	年	月	日
患者名	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T · S · H · R		
	氏名				年	月	日
	住所						
記入者	ふりがな						
	氏名						
	続柄	本人 ・ 家族 (同居 ・ 別居) ・ 親類 ケアマネージャー ・ 介護関係 ・ 病院関係 ・ その他()					
主訴	歯が痛い ・ 歯茎が痛い ・ 入れ歯が合わない ・ 入れ歯が壊れた ・ 詰め物が取れた その他()						
	治療についてのご希望						
訪問場所	自宅 ・ 施設 (施設名/) :住所/)						
駐車場	有 ・ 無						
連絡方法	患者様宅 ・ 事業者様(担当者様名/) ・ その他の連絡先()						
	TEL /			FAX /			
健康保険	社会保険 ・ 国民保険 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 各種手帳(有 ・ 無)						
介護保険	認定なし ・ 認定あり (要支援 1 ・ 2)(要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
ケアマネージャー	事業所名 /			担当者名 /			
	TEL /			FAX /			
在宅療養になった原因(病名)							
歯科医院への通院が困難な理由		歩行困難 ・ 寝たきり ・ 認知症 ・ その他()					
現在の入院通院状況	<input type="checkbox"/> 通院中	病名	病院名	主治医	通院間隔		
	①				週・年・月 回		
	②				週・年・月 回		
	③				週・年・月 回		
	<input type="checkbox"/> 往診を受けている 病院名() 主治医()						
	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名() 主治医()						
<input type="checkbox"/> 通院はしていない							
食事形態	経口摂取	常食・軟食・刻み食・とろみ刻み食・ミキサー食・半固形食(ゼリー食)					
	非経口	胃ろう ・ 経鼻 ・ IVH(高カロリー輸液)					
訪問日時について何かございましたらご記入ください。							