

# 訪問歯科診療申請書

受付場所

受付者

訪問診療を依頼する患者について	フリガナ (性別) 氏名 男・女	
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	
	現住所 TEL ( )	
	連絡先氏名 続柄	
	連絡先住所 TEL ( )	
	今まで歯科の往診を依頼したことがある( 年 月ころ) ・ ない	かかりつけ歯科医(ある場合のみ記入)
	かかりつけ医 TEL ( )	
	ケアマネージャー 氏名	事業所名 TEL ( )
口腔状態	主訴(現在気になっているお口の中の症状など) <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯が痛い</li> <li>・むし歯がある</li> <li>・歯がぐらぐらする</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・入れ歯を直したい</li> <li>・入れ歯を作りたい</li> <li>・詰め物、かぶせ物がとれた</li> <li>・歯ぐきが痛い</li> <li>・検診をして欲しい</li> <li>・口腔ケアをして欲しい</li> </ul>	
身体状態	今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気はありますか <ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病</li> <li>・腎臓病</li> <li>・糖尿病</li> <li>・ぜんそく</li> <li>・脳卒中</li> <li>・高血圧</li> <li>・低血圧</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・甲状腺</li> <li>・認知症</li> <li>・骨折など</li> <li>・肝臓病</li> <li>・パーキンソン症候群</li> <li>・感染症など</li> </ul>	
特記事項	要介護認定の有無 なし、要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5  身体障害者手帳 有・無	その他(希望・注意点等あればご記入下さい)