

東灘区歯科医師会訪問歯科診療申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別 男・女	年齢 歳
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所 (往診先)		電話	() -
主たる 介護者	氏名 続柄	電話	() -
緊急連絡先	氏名 続柄	電話	() -
主訴	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
かかりつけ 歯科医	歯科医院名	最終治療 年月日	年 月頃
既往歴 (今までにか かった病気)			
主治医	病院・医院名	電話	() -
	担当医師名	FAX	() -
介護度	支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
患者さんの 状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり(15分程度座れる) <input type="checkbox"/> 車椅子等に移動できる		
食事	普通食 ・ キザミ食 ・ 流動食 ・ 経管栄養		
特記事項			

この用紙を記入してくださった方

氏名		続柄又は 所属事業所名	
電話	() -	FAX	() -

※太枠内は必ずご記入下さい。その他の部分は分かる範囲でご記入をお願いします。

東灘区歯科医師会訪問歯科診療窓口(吉川)
078-453-7439までFAXをお願いします。
大切な個人情報ですので誤送信のないようご注意ください。