

## 安八郡 在宅訪問歯科診療受付票

No. \_\_\_\_\_

申し込み年月日      平成      年      月      日

申込者              住所      安八郡              町              番地

                            氏名                              (世帯主                              )

                            電話

- \* **在宅訪問診療希望者**は、原則としてねたきり、全身病により外出不能の方で、介助者、車椅子等の器具により通院可能な方は、通常の通院治療となります。
- \* **口腔ケア希望**の方は、要介護認定者で、通院が難しい方となります。

受診者氏名	フリガナ	男	明		
		女	大	年	月
受診理由 (主訴)	歯の痛み          虫歯の治療          入れ歯の作製、または調整 口腔ケア希望          その他 (                              )				
通院不能な理由	ねたきり      その他 (                              )				
ねたきりの原因病名	_____				
発症時期	年      ヶ月前より				
寝たきりとなった時期	年      ヶ月前より				
訪問診療を受けたい歯科医院 (安八郡内)、または、かかりつけ歯科医院の有無	希望する歯科医院      有り (                              )      無し 過去のかかりつけ歯科医院 (安八郡内) (                              )				
心身状況、日常生活状況	視力	よく見える	見えにくい	見えない	
	聴力	よく聞こえる	聞こえにくい	聞こえない	
	言語	よく話せる	舌がもつれる	話せない	
	理解度	よくわかる	あまりわからない	わからない	
	ねたきりの状態	常時ねたきり	介助で座る	自力で座る	
	食事内容	普通食	軟食	流動食	
	入れ歯	あり	なし		
訪問診療の際、介助可能な同居者の有無	あり      なし				
現在の介護者氏名					

受付者氏名		所属	
-------	--	----	--