

## 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 ・ 女	明 大 昭	年 月 日生
受診理由 (主訴)	歯の痛み 口腔ケア希望	虫歯の治療 その他 ( )	入れ歯の作製、または調整		
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 ケ月前より				
寝たきりとなった時期	年 ケ月前より				
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 聴力 言語 理解度 ねたきりの状態 食事内容 入れ歯	よく見える よく聞こえる よく話せる よくわかる 常時ねたきり 普通食 あり	見えにくい 聞こえにくい 舌がもつれる あまりわからない 介助で座る 軟食 なし	見えない 聞こえない 話せない わからない 自力で座る 流動食	
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	
-------	--	----	--