

訪問歯科診療申込書

申込日： 年 月 日

申込者氏名

本人との続柄

TEL ()

申込み先

可児歯科医師会

〒509-0207 岐阜県可児市今渡 706-1

TEL 0574-62-7462

FAX 0574-62-7460

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	TEL ()		
往診先	☐ 居 宅 ☐ 病 院・施 設 等 ()		
	住 所	TEL ()	駐車スペース (有・無)
介護認定	有 (介護度：) (要支援：) 無	保険の種類	社保・国保・後期高齢・福祉医療 (有 無)
寝たきりの原因となった疾患	☐ 脳血管疾患 ☐ 心疾患 ☐ 神経系疾患 ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他 ()		
その他の疾患	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓疾患 ☐ 腎疾患 ☐ その他 ()		
主治医名	氏名 (病院 科)	TEL ()	
	氏名 (医院)	TEL ()	
担当ケアマネジャー名：		TEL	()
居宅介護支援事業所名：		TEL	()
かかりつけ歯科医 (有・無) 歯科医院名			
どうなさいましたか (主 訴)	☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯が壊れた ☐ 新しい入れ歯を作りたい ☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきがはれている ☐ その他 ()		
利用者の状況			
服薬の有無	☐ 無	☐ 有	
(薬品名：	()		
寝たきり度	☐ 寝たきり	☐ 準寝たきり	☐ その他 ()
意思疎通	☐ できる	☐ 時々できる	☐ できない
感染症の有無	☐ 有 ()	☐ 無	
食事形態	☐ 普通食	☐ きざみ食	☐ ミキサー食 ☐ その他 ()
義歯装着	☐ 有	☐ 無	
口腔清掃	☐ 毎日	☐ 時々	☐ してない
うがい	☐ できる	☐ できない	
その他			

※ 上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。