

訪問歯科申込書

お申込日 西暦 年 月 日

患者さま氏名	フリガナ	男 女	年齢	電話番号

訪問先ご住所	
--------	--

施設名	
-----	--

ご依頼内容	<input type="checkbox"/> お口のチェック <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> お口のおそうじ
-------	---

主訴 (現在気になっているお口の症状)

<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 欠けた	<input type="checkbox"/> 口腔ケアをうけたい
<input type="checkbox"/> 歯茎	<input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 壊れた	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 出血する	
<input type="checkbox"/> 舌・唇	<input type="checkbox"/> 気になる	*お口の状態 (総入れ歯 部分入れ歯)
<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> しみる	*うがい (できる できない)

通院困難な理由

<input type="checkbox"/> 寝たきりの方	<input type="checkbox"/> 介護施設に入所している方
<input type="checkbox"/> 歯科医院への移動が困難な高齢の方	<input type="checkbox"/> 交通手段のない方
<input type="checkbox"/> 身体が不自由な方	<input type="checkbox"/> 歯科のない病院に入院中の方
<input type="checkbox"/> 知的障害・精神疾患のある方	<input type="checkbox"/> 重度の病気や慢性疾患のある方

保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 介護
	<input type="checkbox"/> 医療証 (老・障) <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> マル障

ご都合の悪い日時

<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日

伝えておきたいこと

--

ご依頼者さま氏名		事業所さま名	
----------	--	--------	--

<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 訪問看護ST	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> ご家族さま
------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

電話番号・FAX	TEL () - FAX () -
----------	------------------------------------