

訪問歯科診療申込書

*大変お手数ですが、下記必ずご記入ください

初診日 / 契・自・抜・VE 郵送日 /

フリガナ		性別	年齢	生年月日
*氏名	様	男 女	歳	M T S H 年 月 日
*住所	〒			
	家族構成【独居・同居者有り】同居者有りの場合(お名前および続柄)			
	駐車場等【有り・お家の前OK・無し】			
キーパーソン様氏名	続柄()	キーパーソン様住所	〒	
電話番号	TEL () -		携帯 () -	
*連絡方法	患者様に電話・キーパーソン様に電話・事業所様に電話・その他()			
要介護状態	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 /負担割合 割			
	座位 → 可能・不可能 / 意思疎通 → 可能・不可能			
*希望する治療	(現在のお口の中の症状で該当する項目に○印)*複数回答有効			
	●歯に痛みがある	●歯がグラグラする	●冠や詰め物が外れている	
	●口臭がひどい	●歯ぐきが腫れている	●口腔内が汚れている	
	●入れ歯が合わない	●入れ歯を破損、紛失した	●入れ歯を作りたい	
	●食事に時間がかかる	●むせることが多い	●発熱することが多い	
	●その他お困り事 ()			
*お食事の状況	経口(普通食・軟菜・一口大・キザミ・ミキサー) 経鼻・経管・胃瘻			

主治医 医療機関名		主治医名	
*主病名 (通院困難なご事情)			
*感染症/アレルギー	有・無(有の場合:傷病名)		
*肺炎の既往歴	有・無	かかりつけ歯科医師	有りの場合(歯科医院)
*歯科往診のご利用は	初めて・以前にもある ⇒ 年 月 日【歯科医院名】		

*ご紹介者様

居宅介護支援事業所様名 TEL

ケアマネージャー様名 FAX

※医療保険証・介護保険証・負担割合証と日程調整の為、週間スケジュール(居宅サービス計画書第3表)のFAXをお願い致します。既往歴の分かる介護サマリー・お薬手帳も有ればお願い致します。



医療法人 聖翔会
リーデンタルクリニック

TEL 0120-811-825 FAX 06-6832-1333