

北坂歯科・矯正歯科クリニック

お申込み年月日： 年 月 日

訪問歯科診療 申込書

病院・施設用

以下の内容を分かる範囲でご記入の上、FAXして下さい。
折り返しご連絡致します。

ふりがな	生年月日	性別
患者様氏名	年 月 日 (歳)	男・女
ご依頼者名 ご本人・ご本人以外 (お名前：)		ご関係：)
患者様ご住所 〒 -		
電話番号 () -	FAX番号 () -	

【主訴】 ・相談内容 ・ご本人、ご家族の希望	【お身体の状態】	
	痛み	あり・なし
貴施設名	入れ歯	あり・なし
	うがい	できる・できない
	歩行	全介助・部分介助・自立
	座位の保持	可能・困難・不可
	食事	常食・介護食・非経口
電話番号 () -		FAX番号 () -
大まかな現病歴・既往歴 (訪問時にまた詳しく伺います) <input type="checkbox"/> 高血圧 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 (麻痺側： 右 / 左) 【 年 月頃より】 <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・弁膜症・ペースメーカー使用・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (血糖値： ・HbA1c：) 【 年 月頃より】 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (ウィルス性：A型 / B型 / C型・非ウィルス性) <input type="checkbox"/> 認知症 (軽度・重度) <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者のお名前	介護認定 有 (要介護度)・無	
保険証 介護 / 国保 / 社保本人 / 社保家族 / 後期高齢 / 生保 / 障害者	往診希望日時 <input type="checkbox"/> 月 午前 午後 <input type="checkbox"/> 火 午前 午後 <input type="checkbox"/> 水 午前 午後 <input type="checkbox"/> 木 午前 午後 <input type="checkbox"/> 金 午前 午後 <input type="checkbox"/> 土 午前 午後	
備考		

ご不明な点、ご希望等がございましたら、備考欄にお書き添下さい。
なお、ご記入頂きました個人情報診療以外の用途には使用致しません。

北坂歯科・矯正歯科クリニック
〒594-1153
大阪府和泉市青葉台3-6-10
TEL: 0725-56-6075
FAX: 0725-56-8772