

# 歯科訪問申込書

お申し込みはお電話またはFAXで (FAX)03-3391-1387 (TEL)03-3391-1385

お申込み年月日 年 月 日

ご依頼者様 ( 家族・施設・事業所・病院 )	担当者名
サービスを知ったきっかけ	

患者さま 氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	様	男・女	大・昭・平 年 月 日	歳
住所	自宅 入所先	東京都杉並区 *アパート・マンション名もご記載ください。		
家庭環境	独居・同居 ( 夫婦・兄弟姉妹・2世帯・その他 ) / 本人を含めて ( ) 人家族 施設入所 ( グループホーム・特養・有料老人ホーム・老健・病院・その他 )			
TEL	(ご自宅) - (携帯番号) - -	<input type="checkbox"/> 事前連絡 <input type="checkbox"/> 当日連絡		

キーパーソン (介護者)	お名前	ご関係
TEL	(ご自宅) - (携帯番号) - -	<input type="checkbox"/> 事前連絡 <input type="checkbox"/> 当日連絡

連絡方法	1 患者さま宅へTel	2 介護者・ご家族へTel	3 事業所さまへTel	4 その他 ( )
------	-------------	---------------	-------------	-----------

主訴 (現在気になっているお口の中の症状)	*いつから	*義歯の使用
	*部位	上 あり・なし
	*痛みの有無	下 あり・なし
通院困難なご事情 (病気の経歴)	*肺炎の既往 ⇒ 有・無	
	*感染症 ⇒ 有 ( ) ・無・不明	
	*認知症 ⇒ 有・無	
歯科通院歴 (最後に受診したのはいつですか? 外来でしたか? 訪問でしたか?)	1ヵ月以内・3ヵ月前・半年前・1年前・その他 ( ) 外来・訪問	
身体の状況	歩行 : 全介助・部分介助・自立      意思疎通 : 可・不可・困難 座位保持 : 全介助・部分介助・自立      口腔ケア : 全介助・部分介助・自立 移乗 : 全介助・部分介助・自立      ブクブクうがい : 可・不可・困難	
保険証の種類	介護度 ( ) ・国保・社保本人・社保家族・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者	

ケアマネージャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号

ご連絡の希望日時	日曜日・月曜日は当センター休診日です					
訪問日のご都合		火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	午前					
	午後					
ご連絡事項					駐車スペース	あり・なし

ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき、歯科診療を目的としてのみ使用し、厳密に保管管理いたします。