

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
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	

ケアマネジャー様のお名前	事業所名	電話番号	FAX番号

訪問日のご都合		火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	
日曜日・月曜日は 当センター休診日です	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。
個人が特定されない状態で研究や学会発表等に使用する場合があります。

杉並区歯科保健医療センター
杉並区荻窪5-20-1-5F TEL:03-3391-1385