

《医療法人社団 百瀬歯科医院》 FAX: 03-3415-1827

お申し込み日 年 月 日 初回訪問予定 年 月 日 担当 Dr.

種別	治療 : 無料検診						
ふりがな							
患者様名					性別	男 ・ 女	
生年月日	明治		:	大正		:	昭和
	年			月		日	
ご住所	〒 -				駐車場	有 ・ 無	
電話番号	-		-		特記事項		
保険証	社 ・ 国 ・ 生保 ・ 障害 ・ 後期高齢 ・ その他						
介護保険認定	有 ・ 無	要介護 ・ 要支援		1	2	3	4 5
現在および過去の病気	有 ・ 無	心臓・肝臓 (B型肝炎・C型肝炎) ・糖尿病 (HbA1c値)					
		腎臓・骨粗鬆症・認知症・結核・その他 ()					
通院困難な理由	脳疾患 (脳梗塞 (右・左) ・脳出血) ・骨折 (脊椎・腰椎・大腿骨・膝関節) 変形症 (腰椎症・関節症・膝関節症) ・関節リュウマチ・廃用による四肢機能低下 筋委縮症・パーキンソン病・脊髄損傷・悪性腫瘍・その他 ()						
主訴	口腔状態			全身状況			
	<input type="checkbox"/> 入れ歯があわない			臥床状況	寝たきり・寝たり起きたり		
	<input type="checkbox"/> 歯がグラグラしている			移動動作状況	全介助・部分介助・その他		
	<input type="checkbox"/> 歯・歯肉が痛い			聴力障害	有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い			言語障害	有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 食事が進まない			認知障害	有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			意志表示	可 ・ 不可		
ご都合の良い日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
時間	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後
詳細							
ご依頼者様名	氏名			TEL			
	本人との関係			FAX			
担当ケアマネージャー様	事業所名			TEL			
	担当者名			FAX			
主たる医療機関	病院名			診療科目			
	担当医氏名			先生			

※ 提供いただいた個人情報は歯科診療上においてのみ使用し、それ以外の目的において使用する事はございません。

TEL(訪問診療専用) 070-6557-6518 / TEL (歯科医院) 03-3415-1827