

無料

訪問歯科健診 申込書

申込は FAX 045 (363) 2881 または 電話 080-7799-7480 へ

お申込年月日 令和 年 月 日 歯科 No.

患者様 氏名	フリガナ	男	生年月日	年齢	電話番号
		・ 女	明・大・昭 年 月 日	歳	
住所	旭区			同居家族あり ()・独居	
申込者	本人・家族 ()・ケアマネージャー・その他 ()				

主訴 気になる症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> お口のよごれ <input type="checkbox"/> その他 ()
病歴	
感染症	<input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他の感染症() ※ 1ヶ月以内に上記感染症に罹った <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬	主な薬 ※詳しいお薬情報は訪問歯科医へお伝えください
障害	<input type="checkbox"/> 認知症 (無・軽度・重度) <input type="checkbox"/> 意思疎通 (普通・やや難しい・難しい) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他
かかりつけ医	医院名 担当医師
かかりつけ歯科医	医院名 担当歯科医
歩行状態	寝たきり ・ 車いす ・ 要介助で歩行可 ・ 自立歩行
介護認定 保険証種類	要支援 () 要介護 () <input type="checkbox"/> 医科の訪問診療を受けている 後期高齢・国保・社保 (本人/家族)・生保・障害者手帳 級・その他

連絡方法	1 患者様宅へ電話 本人・家族 (続柄 名前)
	2 その他へ電話 () 電話番号 ()
希望日時	曜日 時頃
住宅状況	一戸建て・集合住宅 (階 エレベーター あり・なし) 駐車スペース あり・なし

担当	フリガナ	事業所名	電話番号 FAX 番号
ケアマネー ジャー	氏名		Tel Fax