

# ひがし歯科医院 (0120-648-482) ← ご依頼者様

## 訪問歯科申込書

お申込日 平成 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	男・女	年齢	電話番号
			歳	
訪問先ご住所	〒	生年月日	T・S	年 月 日
	TEL:			
施設名				

ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 治療 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> お口のチェック</span>
-------	---

主訴(現在気になっているお口の症状)			
<input type="checkbox"/> 歯が <input type="checkbox"/> 歯茎が <input type="checkbox"/> 入れ歯が <input type="checkbox"/> 唇が、舌が <input type="checkbox"/> 飲み込みが	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れてる <input type="checkbox"/> 抜けた <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 気になる	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 壊れた	<input type="checkbox"/> 口腔ケアを受けたい <input type="checkbox"/> その他  * お口の状態 ( 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯 ) * うがい ( できる ・ できない )

通院困難な理由		
病名	状態	理由
<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 重度の認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 変形性腰椎症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 多機能不全 <input type="checkbox"/> 筋萎縮症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 全身麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 機能全廃 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 常時酸素吸入 <input type="checkbox"/> 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 下肢筋力低下 <input type="checkbox"/> 全盲
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 歩行不安定 <input type="checkbox"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> 外出不能 <input type="checkbox"/> 単独外出不能		

保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 医療証(老・障) <input type="checkbox"/> 障害
-----	---

ご都合の悪い日					
<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	備考
午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	午前 午後	

ご依頼者様名	事業所様名:
<input type="checkbox"/> 介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ST <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> ご家族様	
電話番号・FAX	TEL (      )      -      FAX (      )      -

〒302-0119 守谷市御所ヶ丘 4-11-12

医療法人社団 歯英会 ひがし歯科医院 訪問診療部 TEL 0297-44-6481 FAX 0297-44-6483