

緑区歯科医師会・訪問診療申込書

下記の項目にご記入の上、ミヤケ歯科医院（939-3948）までFAXして下さい

記入日： 年 月 日

(フリガナ)	
・患者氏名	男・女
・生年月日：(明・大・昭和・平成)	年 月 日生 満 歳
・住所：〒	横浜市緑区
・電話：()	
・介助者：	患者との続柄：
・介助者連絡先：	
・訪問診療希望日	月・火・水・木・金・土 午前・午後 いつでも可

☆申し込み理由 (番号に○をつけて下さい、重複も可です)

1. 痛みがある
2. 腫れている
3. ものが良く噛めない
4. 入れ歯が合わない
5. 入れ歯がこわれた
6. ものが良く飲み込めない
7. その他

(.....)

【患者さんについての医学・介護情報】(分かる範囲でけっこうです)

◆主治医 電話

◆ケアマネージャー (氏名) (連絡先)

施設名：

◆病歴

○特記事項 (全身疾患、アレルギー、服薬情報などについて、考慮すべき点など)

服薬状況： _____

以下、当てはまるものに○を付けて下さい

- 介護保険 : あり・無し
- 要介護度 自立・要支援 (1・2) 要介護 1・2・3・4・5
- 保険の種類: 後期高齢者・国民保険・社会保険・生活保護・その他
- 身障手帳: あり () 等級 ・無し
- 介護の要否: 介助不要・部分介助・全介助・その他
- 臨床状況: 寝たきり・寝たり起きたり・移動可能 (動作状況:)
- 障害: ・聴力障害 あり・無し ・言語障害 あり・無し ・認知症 あり・無し

※備考欄