訪問歯科お申込み用紙

種別	歯科治療　・　無料検診							
ふりがな								
患者様氏名					性別	男　・　女		
生年月日	昭和　　年　　月　　日						歳	
住所	〒							
電話番号	－　　－			特記事項				
保険証	老人　・　生保　・　マル障　・　その他　・　後期高齢					負担割合	1 ・ 2 ・ 3	
介護保険認定	有　・　無	要介護・要支援　1・2・3・4・5　認定中				負担割合	1 ・ 2 ・ 3	
既往歴								
通院困難な理由	脳疾患（脳梗塞【右・左】・脳卒中・脳溢血）・骨折（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（上肢・下肢）機能全廃・筋萎縮症							
	パーキンソン病・悪性腫瘍・糖尿(インシュリン投与　有・無)・その他（　　）							
お口の状態	総入歯・部分入歯・自歯				痛み	あり　・　なし		
主　訴	□　入れ歯があわない /入れ歯を作りたい				全身状況			
	□　歯が痛い　/ 歯が抜けた				臥床状況	寝たきり・寝たり起きたり		
	□　歯が抜けたまま				移動動作状況	全介助・部分介助・自分で徒歩可能		
	□　歯がぐらぐらしている				聴力障害	有　・　無		
	□　歯肉・はぐきが痛い				言語障害	有　・　無		
	□　口腔ケアしてほしい				認知障害	有　・　無		
	□　その他(　　)				意思表示	出来る　・　出来ない		
訪問がダメ日に×	月	火	水	木	金	土	日	
午前								
午後								
駐車できるスペース	なし　/　あり　/　コインパーキング　/　近くに止めれるスペースがある							
ケアマネジャー情報	事業所名				担当者様			
連絡先	TEL				FAX			
ご家族・親族	お名前				続柄		同居　・　別居	
連絡先	自宅				携帯			
住所(書類送付先)	〒							

東川口さざんか歯科　担当：鈴木将崇
TEL：048－229-8830　　FAX：048－229-8860　　訪問歯科直通携帯　090-2672-2474