

訪問歯科申込書

TEL: \_\_\_\_\_ お申込日 西暦 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	〒			
	TEL: _____			
施設名				

ご依頼内容  治療  お口のチェック

主訴(現在気になっているお口の症状)

<input type="checkbox"/> 歯が	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しみる	<input type="checkbox"/> 口腔ケアを受けたい
<input type="checkbox"/> 歯茎が	<input type="checkbox"/> 腫れてる	<input type="checkbox"/> 欠けた	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 入れ歯が	<input type="checkbox"/> 抜けた	<input type="checkbox"/> 壊れた	
<input type="checkbox"/> 唇が、舌が	<input type="checkbox"/> 出血する		* お口の状態 ( 総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ 自歯 )
<input type="checkbox"/> 飲み込みが	<input type="checkbox"/> 気になる		* 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"/> 全身麻痺	<input type="checkbox"/> 寝たきり
<input type="checkbox"/> 重度の認知症	<input type="checkbox"/> 片麻痺	<input type="checkbox"/> 歩行不能
<input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症	<input type="checkbox"/> 機能全廃	<input type="checkbox"/> 歩行不安定
<input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> 神経障害	<input type="checkbox"/> 通院困難
<input type="checkbox"/> 変形性腰椎症	<input type="checkbox"/> 常時酸素吸入	<input type="checkbox"/> 外出不能
<input type="checkbox"/> 脊髄損傷	<input type="checkbox"/> 下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 単独外出不能
<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 下肢筋力低下	
<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 全盲	
<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		
( )		

保険証  後期高齢  国保  社保  生保  介護  医療証(老・障)  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: \_\_\_\_\_

介護支援事業所  訪問看護ST  病院  施設  ご家族様

電話番号・FAX TEL ( ) - FAX ( ) -