

訪問診療申込書	・なかわか歯科医院 ・くる歯科医院	カルテNo. _____
TEL：090-7166-6654	FAX：098-943-9969	

※お分かりになる範囲でご記入下さい 申込日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	家族情報
患者名			T・S・H 月 日	♂ ——— ♀ └───┬───┘ └───┬───┘
患者住所		年齢 (歳)		
キーパーソン		続柄 ()		連絡先()
キーパーソン住所	〒	文書送付先 (左記OK ・ その他の住所)		
事業所名		TEL		
担当ケアマネ		FAX		
ご依頼施設名		TEL		
ご担当者様名		FAX		

※保険証(医療・公費【福祉・障害等】・介護)と薬情を添付し、FAX番号をご確認後、送信下さいませ。

※下記該当事項に☑して下さい(該当事項のない場合はご記入願います。)

どうされましたか？ (お口の状況確認)				
<input type="checkbox"/> 歯が痛い・抜けた・欠けた	<input type="checkbox"/> お口の汚れ・口臭	<input type="checkbox"/> 定期的な健診とケア希望		
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた・入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血	<input type="checkbox"/> 健診結果に基づく診療		
	<input type="checkbox"/> 虫歯がある	<input type="checkbox"/> その他()		
現病歴・既往歴 (通院先：)				
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> うつ	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 脳内出血	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> リウマチ
<input type="checkbox"/> アルツハイマー	<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 統合失調症	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> ヘルニア	()	
感染症の有無				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有り (HCV・HBV・MRSA・TPHA・結核)			
	※上記に該当無い場合 ()			
身体状況				
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 独歩行 (又は、つたえ歩き程度)		
<input type="checkbox"/> 胃ろう・経管栄養	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 麻痺 (右・左・両)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
コミュニケーション手段				
<input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 不可能 (<input type="checkbox"/> 文字盤・PC・意思伝達装置・その他【 】)				
うがいの可否 ※この項目は必ずご記入下さい				
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
診察に関する注意点 ※「拒否が強い」など・・・				

下記、患者様のスケジュール記入をお願いします。(※該当する場合は、時間の記入をお願いします。)

患者様スケジュール	月	火	水	木	金	土
デイサービス						
訪問看護						
病院、その他()						