

射水市訪問歯科診療申込書

※この申込書を記入の上、訪問歯科診療の実施について歯科医院へご相談ください。

<基本情報>

申込日 年 月 日

ふりがな			生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
本人氏名	(男・女)							
住所	射水市		(TEL)					
申込者	氏名			本人との続柄				
	住所	同上 (異なる場合) ⇒						
主治医	病院名			医師名				
	病院名			医師名				
居宅介護支援事業所名		(TEL)						
担当ケアマネジャー								

<本人の状況>

主訴 (本人が困っている事項)	・痛みがある(歯・歯ぐき) ・歯ぐきが腫れている ・むし歯がある ・入れ歯が合わない ・入れ歯が壊れた ・その他()
通院困難な理由	寝たきり ・ 車いす ・ その他()
全身状況(病名等)	・脳血管疾患 ・神経疾患 ・心疾患 ・肝疾患 ・腎疾患 ・糖尿病 ・骨粗しょう症 ・その他()
感染症の有無	無 ・ 有 (感染症名:)
服薬の有無	無 ・ 有 (薬品名:)
薬物アレルギー	無 ・ 有 (薬品名:)
介護認定	無 ・ 有 (介護度:)
認知症状	無 ・ 有
座位の保持	可 ・ 介助にて可 ・ 不可
義歯装着	できる ・ できない
うがい	できる ・ できない
その他	

<介護保険サービス利用状況> ※デイサービスやヘルパー利用などの週間予定を記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							