

# 訪問歯科診療 情報提供書 兼 申込書

【各施設及び事業所、患者ご家族の方へ】

医療保険証(後期高齢者保険証・国民健康保険証)、介護保険証、医療証など患者様が**お持ちのすべての保険証のコピー**をごちらの用紙と一緒にFAXしていただくか、診療にお伺いした際に訪問歯科スタッフにお渡し下さい。

なお、**各保険証には有効期限**があります。**新しく更新された際は新しい保険証のコピー**をご用意頂きます様、お願い申し上げます。

ご依頼者 情報	事業所名	(ケアマネ・他)	電話番号	( ) -	
	御氏名		FAX	( ) -	
	御住所				
	E-Mail	ご予約の連絡、急なお知らせなどの目的で使用いたします			

患者様 情報	ふりがな		記入日	20	年	月	日	
	患者様氏名	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
	入れ歯作製や 抜歯の際に相談をさせて頂く ご連絡先	氏名: (続柄) 電話( ) - ..... 御住所 〒						
	患者様の一番の訴え (複数可)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無料検診をしてほしい</li> <li>・入れ歯を作りたい</li> <li>・入れ歯の不具合や破損</li> <li>・歯が痛い</li> <li>・歯に穴が開いている(虫歯)</li> <li>・歯が動く</li> <li>・歯肉から出血がある</li> <li>・口臭がある</li> <li>・定期的な口腔清掃</li> <li>・飲み込みの診査やリハビリ</li> <li>・その他( )</li> </ul>						
	患者様の状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり</li> <li>・寝たり起きたり</li> <li>・移動できる(自力・介助・車イス)</li> <li>・その他( )</li> </ul>						
	往診するために 歯科医院に通えない又は 通いにくい理由となる 現在・過去の病気 (訪問歯科に必要です)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等)・関節症、リウマチ等</li> <li>・麻痺</li> <li>・パーキンソン病</li> <li>・糖尿病</li> <li>・過去に骨折の経験あり</li> <li>・骨粗鬆症</li> <li>・心筋梗塞</li> <li>・高血圧</li> <li>・肝炎( C型 / B型 )</li> <li>・梅毒</li> <li>・HIV</li> <li>・MRSA</li> <li>・その他( )</li> </ul>						
	食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普通食</li> <li>・キザミ食</li> <li>・流動食</li> <li>・経管栄養(PEG・NG)</li> <li>・静脈栄養</li> <li>・水分トロミ (あり・なし)</li> </ul>						
	認知症	(有・無)	うがい (可能・要注意・不可能)	咳 (できる・できない)				
	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5 負担割合 割			障害手帳	無・有( )級		
	医療保険証 (健康保険証)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護</li> <li>・一部負担金助成</li> <li>・1割負担(後期高齢者等)</li> <li>・3割負担</li> </ul>						
	内科・主治医	病院名: 電話( ) - ..... 担当医師名: FAX( ) -						
	ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 依頼者に同じ	事務所: 電話( ) - ..... 担当: FAX( ) -						
	ご都合の悪い曜日と時間帯に ○をつけてください	月	火	水	木	金	土	
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後		
特記事項 (ご希望等)								

※初回のご希望に○をつけてください ( ・初回無料検診希望 (・治療や検査なし) ・初回から診療希望 )

上記の内容をわかる範囲でご記入の上、FAXしてください。折り返しご連絡致します。