

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**をこ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	様	FAX	() -
	御住所	〒		

患者様 情報	ふりがな			記入日	20	年	月	日	
	患者様氏名			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
	電話番号	() -							
	患者様御住所	〒							
	入れ歯作製や抜歯の際 に相談をさせて頂くご連絡先	ふりがな：		(続柄)					
		氏名：							
		様							
		電話 ()		-					
	患者様の一番の訴え (複数可)	・入れ歯を作りたい ・入れ歯の不具合や破損 ・歯が痛い ・歯に穴が開いている(虫歯) ・歯が動く ・歯肉から出血がある ・口臭がある ・定期的な口腔清掃 ・飲み込みの診査やリハビリ ・名古屋市ねたきり者訪問歯科診査をしてほしい(※視診のみ) ・その他 ()							
	患者様の状態	・寝たきり ・寝たきり起きたり ・移動できる(自力・介助・車イス) ・その他 ()							
	往診するために 歯科医院に通えない又は 通にくい理由となる 現在・過去の病気 (訪問歯科に必要です)	・脳血管障害(脳梗塞・脳出血等) ・関節症、リウマチ等 ・麻痺 ・パーキンソン病 ・糖尿病 ・過去に骨折の経験あり・骨粗鬆症 ・心筋梗塞 ・高血圧 ・肝炎(C型 / B型) ・梅毒 ・HIV ・MRSA ・その他(							
	食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養(PEG・N G) ・静脈栄養 ・水分トロミ (あり ・ なし)							
	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		
	介護保険証	無 ・ 有 (申請中 ・ 区分変更中)							
	医療保険証 (健康保険証)	・生活保護 ・一部負担金助成 ・1割負担(後期高齢者等) ・3割負担							
	医療費受給者証	無 ・ 有 (福祉医療証 ・ 障害医療証 ・ 子ども ・ ひとり親)							
	内科・主治医	医院名：		電話 ()		-			
		担当医師名：		FAX ()		-			
	ケアマネージャー □依頼者と同じ	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)									

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。

坂井歯科医院

訪問TEL 052-832-7975 FAX 052-835-3567