訪問歯科診療（往診）申込書

申込日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（　　歳）
住　所　　TEL　（　）			
往診先	居　宅　　病　院・施　設　等（　　）		
	住　所	TEL　（　）　駐車スペース（有・無）	
寝たきりの原因となった疾患	・　脳血管疾患　・心疾患　・神経系疾患 ・　その他（　　）		
その他の疾患	・高血圧　・糖尿病　・肝臓疾患　・腎疾患 ・その他（　　）		
主治医名	氏名　（　　病院　　科）	TEL　（　）	
	氏名　（　　医院）	TEL　（　）	
担当ケアマネジャー名：　TEL　（　） 居宅介護支援事業所名：　TEL　（　） かかりつけ歯科医　（ 有 ・ 無 ）歯科医師名			
介護認定	有（介護度：　　） 無	訪問時立会予定者	家族　（続柄　　） その他介護者（　　）
どうなさいましたか （主　訴）	入れ歯が合わない　入れ歯が壊れた　新しい入れ歯を作りたい 歯が痛い　歯の詰め物が取れた　口の中の汚れ 歯ぐきの腫れや痛み　口臭　口内炎 その他（　　）		

利用者の状況

服薬の有無	1）　無	2）　有　（薬品名：　　）	
寝たきり度	1）寝たきり	2）準寝たきり	3）その他（　　）
感染症の有無	1）有（　　）	2）無	
食事形態	1）普通食	2）ミキサー食	3）その他（　　）
義歯装着	1）有	2）無	
口腔清掃	1）毎日	2）時々	3）してない
うがい	1）できる	2）できない	

その他 連絡事項等	

※　上記項目で不明な箇所については空欄のままで提出ください。

お申込み先
自由が丘　田川歯科医院
〒158-0083　世田谷区奥沢 5-41-13 2F
TEL&FAX　03-3722-3115

申込者氏名　　㊞

本人との続柄

TEL　（　）