

歯科訪問診療申込書・問診票

※医療保険上、通院が可能な方には訪問診療ができません。

※1 該当する項目にチェック☑をご記入ください。

年 月 日

氏名	(フリガナ)		男 ・ 女	駐車スペース 有 ・ 無
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年 月 日 () 歳		
住所	〒 (TEL — —) (FAX — —) (日程調整連絡先 — —)			
請求書 送付先	☐ 同上 ☐ 上記以外の住所へ送付希望 ※1 〒 宛名			
施設名	(TEL — —) (FAX — —)			
主たる 介護者名		続柄	(TEL — —) 緊急連絡先(TEL — —)	
介護認定	要支援 1 ・ 2	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
要請理由				
主訴	1. 口腔ケア(歯科衛生士が定期的に行う) 6. 歯肉の腫れ 2. 誤嚥性肺炎の予防 7. 義歯が合わない 3. 歯が痛い 8. 充填(詰め物)・被せ物がはずれた 4. 歯が動く 9. 口臭が気になる 5. 歯肉の出血 10. その他()			
既往歴	1、特になし 2、脳血管疾患(脳出血 ・ 脳梗塞 ・ その他) 3、認知症(アルツハイマー型 ・ 血管性 ・ レビー小体型 ・ 前頭側頭型) 4、高血圧 5、腎臓疾患 6、糖尿病 7、神経難病 (パーキンソン病 ・ ALS ・ 脊髄小脳変性症 ・ その他) 8、肝臓疾患 (A型 ・ B型 ・ C型肝炎 ・ 肝硬変 ・ その他) 9、心臓疾患 (不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 弁膜症 ・ その他) 10、肺炎 (細菌性 ・ 誤嚥性) 11、その他 ()			
投薬内容	☐ あり (お薬情報を添付してください) ☐ なし ※1			
主治医	医院・病院名: (TEL — —) 医師名:			
食事状況	*食事介助 (なし ・ あり) *経口摂取 (普通食 ・ 軟食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 ・ ゼリー食) *経管栄養 (胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻) *IVH			
主治歯科医	医院・病院名: (TEL — —) 医師名:			
訪問可能日 希望時間帯	☐月 ・ ☐火 ・ ☐水 ・ ☐木 ・ ☐金 ・ ☐土 AM 時 分頃～ 時 分頃 PM 時 分頃～ 時 分頃			
介護事業所 および担当 ケアマネジャー	事業所 (TEL — —) 氏名 (FAX — —)			

※患者様の個人情報に関しましては、診療に必要な範囲でのみ利用し、外部への提供等は一切行いません。

川西市歯科医師会立訪問歯科センター
 FAX:072-764-6480(24時間受付)
 TEL:072-757-0418(月～金 9時～17時)
 休診 土日祝 年末年始