

# 訪問歯科診療お申込書

お申込日 年 月 日

ふりがな		性別	
患者氏名		生年月日	年 月 日
住所または 往診先			
主たる介護者			
緊急連絡先			
主訴	・歯が痛い ・歯茎が痛い ・歯茎がはれている ・入れ歯があわない ・入れ歯が壊れた ・入れ歯を新しく作りたい ・その他( )		
駐車スペース	あり ・ なし		
かかりつけ 歯科医	歯科医院名:	最終治療 年月日	年 月 日
主治医	病院・医院名:	電話	( )
	担当医師名:	FAX	( )
既往歴 (今までにかかった病)	・脳血管障害 ・心疾患 ・高血圧 ・棟梁病 ・感染症( A型 ・ B型 ・ C型肝炎・HIV ) ・その他( )		
要介護度等	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
デイサービス 利用の有無	・有 ( 週 回 曜日 ) ・無		
患者さんの 状態	・寝たきり ・寝たきり起きたり(15分程度座ってられる) ・移動できる(自分で ・ 介助して )		
食事	・普通食 ・キザミ食 ・流動食 ・経管栄養 ・その他( )		
特記事項			

※この用紙をご記入くださった方

氏名	続柄( )	上記患者の担当CM及び介護事業所名
電話	( )	担当CM :
FAX	( )	事業所名 :

## なかひがし歯科医院

〒651-1111 神戸市北区鈴蘭台北町1-9-1ベルスト鈴蘭台1階 TEL&FAX 078-595-1801