

訪問歯科診療申込書

申し込み日 令和 年 月 日

申込者氏名	様	本人との関係	連絡先
-------	---	--------	-----

受診希望者	ふりがな 様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 満 歳	
訪問先住所	〒	
電話番号	自宅 携帯	保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 負担割合(割)
同居者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (続柄)	訪問時立ち合い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
主訴	<input type="checkbox"/> 入れ歯 (<input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 新しく作りたい) <input type="checkbox"/> 歯/歯ぐき (<input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛い) <input type="checkbox"/> 詰め物 (<input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> かけた) <input type="checkbox"/> 口腔ケア希望 <input type="checkbox"/> その他()	
病歴	<input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 肺炎・誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他()	
日常生活	<input type="checkbox"/> 自力で移動可能 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中	
現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()	
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ケアマネージャー	事業者名 担当者名	電話番号 携帯番号
かかりつけ医師	<input type="checkbox"/> あり 医院名 <input type="checkbox"/> なし 主治医 先生	電話番号
かかりつけ 歯科医師	<input type="checkbox"/> あり 医院名 <input type="checkbox"/> なし 主治医 先生	電話番号
キーパーソン	氏名	関係
訪問診療 希望曜日 希望時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 午前・午後(時~ 時頃) その他()	駐車スペース <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他()
備考欄		



あやこデンタルクリニック
Ayako Dental Clinic

記入後、FAX またはメールをいただければ幸いです。

☎ 028-666-6485 FAX 028-666-8835

✉ info@ayakodc.jp

