

歯科訪問診療 申込書

様式1

申込日: 20 年 月 日

医療法人社団昌治会 フラワー歯科 行

TEL:044-853-7648
FAX:044-853-4613

休診日:木曜日・日曜日・祝祭日

(申込者)

氏名

受診者との続柄

住所(市町名)
施設名

電話番号

FAX番号

○該当するものに☑をつけてください。

受診者	訪問先住所 又は施設名	性別	男	電話 : FAX :			
	ふりがな 氏名		女		介護保険 (有 ・ 無) 介護度:		
訪問歯科診療希望状況	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歯科医院名) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療について主治医の承諾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日程調整担当者 氏名・連絡先等 (* 上記 申込者と同じ場合は記載不要) 氏名: 施設名: 電話:						
	状況等	<input type="checkbox"/> 歯科以外の受診 <input type="checkbox"/> 有 [通院: 回/月 ・ 往診] ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 主な介護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 寝たきりの程度 <input type="checkbox"/> 寝たきりであり, 日常生活のほとんど介助を要する <input type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごすが, 座位保持は可能 <input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立しているが, 介助なしでは外出できない					
主病名		発症年月	年 月 頃				
その他既往症		認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出血傾向	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
服薬内容	*お薬手帳コピー添付でも可 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等 その他 ()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない						
病院・主治 医名等	病院名	電話番号:	主治医名等				
かかりつけ 薬局	薬局名	電話番号:					
意識障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	麻痺	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> ない				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない						
口腔状況	入れ歯 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 自分の歯 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)						
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助者 ()	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度	<input type="checkbox"/> できない			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 その他)						
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他 ()						
嚥下(飲込み)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない	むせ	<input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> めったにない			
診療時に予想される行動	<input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的(口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他 ()						
駐車場	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> ない						
その他連絡 事項	※ケアマネージャーさんのご連絡先などございましたら、合わせてご記載ください。						
在宅サービス スケジュール (必要に応じ 記入)	月	火	水	木	金	土	日

* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日: 20 年 月 日

受付者 ()