

訪問診療申込依頼書

初回 ・ 二回目以降

申込日： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|--|-------|------|------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ふりがな | | | | | | | | 在宅・病院・施設（病院または施設にお住まいの方は下もご記入ください。） | | | | | | | |
| 氏名 | 病院名/施設名 | | | 病室/入所階（ ） | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 | 介護保険 | 有 ・ 無 | 要支援 | 要介護 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | ケアマネージャー（事業者名） | | | | （担当者名） | | | | | | | |
| | | | | 連絡先（TEL） | | | | （FAX） | | | | | | | |
| | | | | （電話番号） | | | | - | - | | | | | | |
| キーパーソン （普段連絡を取れる方） | ふりがな | | | 続柄（ ） | | | | （電話番号） - - | | | | | | | |
| | | | | 氏名 | | | | （携帯番号） - - | | | | | | | |
| 治療希望理由 | （例：入れ歯が割れた・口腔ケア） | | | | | | デイサービス利用日： | | <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 火 | <input type="checkbox"/> 水 | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 | |
| | | | | | | | | 訪問（歯科）希望日： | | <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 火 | <input type="checkbox"/> 水 | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 |
| 現病歴 | <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 普段飲んでいる薬 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行（移動など） | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子なら可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可 | | | ベッドからの移動ができない場合、体を起こす事 | | | | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | | | | |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口 | | | <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 ・ （ ） | | | | | | | | | | | |
| うがい | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> できるがムセ有 | | | ムセ有：食事の際にもムセはありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | アレルギーの種類： <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 ・ その他（ ） | | | | | | | | | | | |
| 血圧 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯を抜いた時の異常 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔が効かない <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺炎の既往 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの医院 | | | | （電話番号） | | | | - | - | | | | | | |
| | | | | （電話番号） | | | | - | - | | | | | | |
| 駐車スペース | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | | | | | |

わかる範囲内でご記入いただければ結構です。その他、伝達事項がありましたら、余白にご記入ください。

のだ歯科医院

TEL:0568-62-7022

FAX:0568-62-8796