

不明なところは空欄で構いません、わかる範囲でご記入下さい。

訪問歯科診療申込書

申込者様（家族又は後見人）

年 月 日

氏名：	患者との関係
住所： 〒	
電話：	

患者様

フリガナ	性別： 男 ・ 女
氏名	
生年月日： 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生まれ（満 歳）
住所： 〒	
電話：	同居者： 有 ・ 無

かかりつけ歯科医院	医療機関名	医師名
	電話番号	FAX
主治医（内科）	医療機関名	医師名
	電話番号	FAX
ケアマネージャー	事業所名	氏名
	電話番号	FAX

ご依頼の理由

該当するものにチェックを付けて下さい。

歯が痛い 歯茎が痛い 腫れがある 歯が動く 被せもの(つめもの)が取れた
その他（ ）

アンケート

該当するものを で囲んで下さい。

要介護度 要支援 ・ 要介護 ・ ・ ・
認知症 正常 ・ ややある ・ ある
患者の状態 1．寝たきり 2．寝たり起きたり
3．介助があれば移動できる 4．自分で移動できる
意思疎通 1．通じる 2．ある程度通じる 3．ほとんど通じない
入れ歯の使用状況 1．使用中 2．持っているが使用していない 3．持っていない

全身の状態

治療中の病名 1．なし 2．あり（下記該当するものを で囲んで下さい）
*脳血管障害： 脳梗塞 脳出血 その他（ ）
*心臓疾患： 心筋梗塞 狭心症 その他（ ）
*高血圧 *糖尿病 *慢性関節リウマチ *パーキンソン病 *腎疾患（ ）
*肝臓疾患（A型 B型 C型 慢性肝炎 肝硬変） *骨粗しょう症
*上記以外の病名（ ）
肺炎の既往 1．なし 2．あり（いつ頃： ）
上記以外での既往歴
1．なし 2．あり（病名： ）
体重の変化 1．なし 2．あり 3．不明
服薬 無 ・ 有 薬名（ ）
薬に対するアレルギー 1．なし 2．あり（該当するものを で囲んで下さい）
1．ヨード系 2．抗生物質 3．鎮静剤 4．その他（ ）

問合せ先・申込先

医療法人社団ハピネス すきもと歯科 TEL：03-5243-4180 FAX：03-6638-8899