

無料検診申込書 兼 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： 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 I ・ II 要介護 I ・ II ・ III ・ IV ・ V
 ■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 *慢性関節リュウマチ *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 訪問部 TEL：080-5104-2199 FAX：03-5878-1787

現在の病状、病歴、薬の服用等がございましたら、情報提供をお願い致します。