

お申込み年月日：平成 年 月 日

# 小島歯科医院 訪問歯科診療申込書

TEL FAX 0120-64-8740

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	性別 男 女	
患者様 ご住所 (入所先)	〒				
電話番号		FAX番号			
ご依頼者様 氏名	ご本人・ご本人以外→お名前( )ご関係( ) その他				

主訴 (相談内容)									
病歴									
感染症	1. なし 2. 肝炎( 型) 3. 結核 4. HIV 5. 梅毒 6. その他( )								
通院困難な理由									
住居形態	1. 一人暮らし 2. 高齢者夫婦のみ 3. 子供他若年者と同居 4. 施設等( ) 5. その他( )								
保険区分	国保本人	国保家族	社保本人	社保家族	障害者	原爆			
	前期高齢者	後期高齢者	生活保護	その他( )					
	介護保険	要介護	5	4	3	2	1	介護保険 負担割合	1割
	要支援	2	1						
	無し	未申請	申請中	その他( )					
都合の悪い 曜日・時間 (都合の悪い 所にXを書い てください)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日		
	AM								
	PM								
理由									
患者様 ご連絡方法	1. 患者様宅へ直接ご連絡 2. 事業者様へご連絡								
	3. 身内・知人・その他へ電話 氏名( )様)電話番号( ) 連絡希望日時( )								
担当ケアマ ネージャー 様の情報	氏名				様	事業所番号			
	事業所名								
	住所	〒							
	電話番号		FAX番号						

ご利用者様の状況をお聞かせ下さい

現在服用中のお薬			
薬剤に対するアレルギーの有無			
特記すべき留意事項			
現在の状況	1. 寝たきり 2. 寝たり起きたり 3. 座ることができる 4. その他( )		
移動動作状況	1. 全介助 2. 部分介助 3. 車いす 4. 自立 5. 短時間歩行可能 6. その他( )		
認知症	無・有( )	言語障害	無・有( )
聴力障害	無・有( )		
意志表示	1. 出来る 2. やや出来る 3. 出来ない 4. その他( )		
血圧	1. 高い 2. 普通 3. 低い 4. わからない 最高血圧( )最低血圧( )		
以前の歯科診療経験	1. 気分が悪くなった 2. ショック症状を起こした 3. 血が止まりにくかった 4. 薬物アレルギーがでた 5. その他( )		
口腔機能	食事	1. 胃ろう 2. 全介助 3. 部分介助 4. 見守り 5. 自立 6. その他( )	
	食形態	1. 流動食 2. 嚥下食 3. ミキサー食 4. 軟食 5. きざみ食 6. 常食	
	うがい出来るか	1. 出来る 2. 出来ない	
	物を吐き出せるか	1. 出来る 2. 出来ない	
	嚥下・反射	1. 有り 2. 無し	
	義歯装着	1. 有り 2. 無し	
口腔清掃 (入れ歯を含む)	1. 毎日 2. 時々 3. していない 毎日・時々の方→いつ( )誰が( )		
主な介護者の方	ご家族( )		
	訪問看護婦・ホームヘルパー・施設職員・その他( )		
駐車場	駐車場はございますか？ 有→場所( )		
	無・その他( )		
かかりつけ医	医療機関名	担当医・電話番号	

※提供頂いた個人情報は歯科診療上においてのみ使用し、厳密に保管管理致します。

医療法人社団 創治会 **小島歯科医院**

〒251-0052 神奈川県藤沢市藤沢555番地 8階

**TEL・FAX 0120-64-8740**

繋がらない時はこちら TEL・FAX 0466-90-4181

<http://kojima-shika.info>