

訪問歯科診療申込書

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名 _____

本人との続柄 _____

TEL () _____

申込み先：可児地域在宅歯科医療連携室
(可児歯科医師会内)

〒509-0207 岐阜県可児市今渡 706-1

TEL 0574-62-7462

FAX 0574-62-7460

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住所		TEL ()		
往診先	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 ()			
	住所	TEL ()	駐車スペース (有・無)	
介護認定	有 (介護度：) (要支援：) 無	保険の種類	社保・国保・後期高齢・福祉医療 (有 無)	
寝たきりの原因となった疾患		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 神経系疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の疾患		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主治医名	氏名	(病院 科)	TEL	()
	氏名	(医院)	TEL	()
担当ケアマネジャー名：		TEL	()	
居宅介護支援事業所名：		TEL	()	
かかりつけ歯科医 (有・無) 歯科医院名				
どうなさいましたか (主 訴)		<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 新しい入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれている <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用者の状況				
服薬の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()	
(薬品名：)				
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 準寝たきり	<input type="checkbox"/> その他 ()	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> できない	
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無		
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> その他 ()
義歯装着	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> してない	
うがい	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
その他				

※ 上記項目で不明な箇所については空欄のまま提出ください。