

訪問歯科診療申込書(障がい者)

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	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
普段の呼び方：		身長： cm	体重： kg
住所：		TEL：	
保険の種類	社保・国保・後期高齢・福祉医療 (有 無)		
障がい： <input type="checkbox"/> 身体障がい(級) <input type="checkbox"/> 発達障がい() <input type="checkbox"/> 知的障がい() <input type="checkbox"/> 精神障がい(級) その他の疾患()			
主治医名	氏名 (病院 科)	TEL ()	
	氏名 (医院)	TEL ()	
かかりつけ歯科医 (有・無)			
歯科医院名：		TEL：	
どうなさいましたか (主 訴)	<input type="checkbox"/> ご飯が食べられない <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <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：)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 半分できる	<input type="checkbox"/> できない
コミュニケーションの方法			
	<input type="checkbox"/> 会話(<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 短い文 <input type="checkbox"/> 長い文) <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 絵カード		
口を開ける	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見せればできる	<input type="checkbox"/> できない
苦手なもの	<input type="checkbox"/> 白衣 <input type="checkbox"/> 聴診器 <input type="checkbox"/> 舌圧子(舌をおさえるへら) <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> 光 <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> その他()		
特徴	<input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 痛みに敏感 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他()		
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。